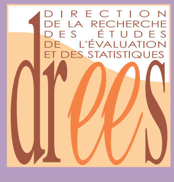


Les conditions de travail des aides à domicile en 2008

N° 30
2012

En 2008, 515 000 aides à domicile interviennent au domicile de personnes fragilisées, que ce soit en raison de leur âge, d'un handicap, d'une maladie ou de toute autre raison empêchant ces personnes de réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne, tels que se laver, se lever ou s'asseoir, manger, etc. Dans les années récentes, le secteur de l'aide à domicile et plus précisément les intervenants eux-mêmes ont fait l'objet de nombreuses études qualitatives relatives à leurs conditions de travail.

Cependant, la profession restait mal connue d'un point de vue quantitatif ; c'est pourquoi la DREES a mené en 2008 une enquête statistique directement auprès de 2 589 aides à domicile, interrogées pendant une heure en face-à-face sur leur parcours professionnel, les motivations qui les ont conduits à exercer ce métier, leur formation le cas échéant, leur emploi du temps et plus généralement leurs conditions de travail, permettant ainsi de quantifier les différentes composantes de celles-ci.





Dossier coordonné par **Remy Marquier** et **Sandra Nahon**

Les articles de ce dossier ont bénéficié du suivi des personnes suivantes :

Joëlle Chazal et **Ida Falinower** (DREES), **Loïc Trabut** (CEE), **Caroline Lefebvre** (DGCS), **Carole Gayet** (INRS), **Sophie Bressé** (FEPEM) et **Julie Lorton** (UNA), **Annie Dussuet** (CENS).

Sommaire

Introduction

Ce dossier fait le point, *via* trois exploitations de l'enquête auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées (IAD), sur les conditions de travail des aides à domicile à la fin des années 2000.

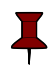
Le premier article présente les composantes de la pénibilité au travail dans le métier de l'aide à domicile, ainsi que le risque d'épuisement professionnel (*job strain*) lié aux contraintes psychologiques et à la latitude décisionnelle permettant d'y faire face. Les pénibilités physiques du métier peuvent être relativement fréquentes, la principale source de pénibilité étant de rester longtemps debout : 95 % des aides à domicile sont concernés. Cependant, 46 % « seulement » trouvent cette contrainte pénible ou très pénible. La pénibilité ressentie s'explique principalement par ce qui a trait au degré d'activité : ainsi l'exercice du métier en mode prestataire, le nombre de personnes aidées ou encore la part d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne dans l'activité, qui constitue le cœur du métier d'aide à domicile, occasionnent des probabilités plus élevées de ressentir une certaine pénibilité. Le risque d'épuisement professionnel est mesuré par le modèle de Karasek. Les facteurs augmentant ce risque ne sont pas tout à fait les mêmes que ceux qui sont susceptibles d'augmenter la pénibilité : si le nombre de personnes aidées et le fait de travailler en mode prestataire accroissent le risque, il n'en est rien pour la part d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne. En revanche, le diplôme semble prémunir contre ce risque, les salariés disposant du diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale présentant une probabilité moindre de *job strain*.

Le second article s'attache à décrire l'emploi du temps des aides à domicile, principalement au travers de la description d'une semaine et d'une journée de référence. Si l'amplitude d'une journée moyenne de travail en tant qu'aide à domicile est sensiblement identique à celles observées pour d'autres professions proches, des nuances importantes peuvent être mises en exergue. Les journées peuvent être fragmentées, occasionnant des « trous » dans l'emploi du temps, ou décalées du fait de certaines contraintes horaires particulières au métier : interventions tôt le matin pour l'aide au lever et à la toilette, à midi pour le déjeuner, en fin d'après-midi pour le dîner ou le soir pour le coucher. L'article interroge par ailleurs sur la notion de temps plein dans le métier, notion qui ne semble pas encore vraiment fixée. Les sept types de journées des aides à domicile décrits par les auteurs dépendent notamment du mode d'exercice, les salariés en emploi direct effectuant principalement des journées courtes, ceux en mode prestataire des journées d'amplitude moyenne, et enfin ceux en mode mandataire ou mixte des journées sensiblement plus longues. Les journées les plus longues, permettant d'atteindre des rémunérations plus élevées, étant également les plus contraignantes.

Le troisième article interroge sur les échanges de l'aide à domicile avec les autres professionnels intervenant au domicile des personnes, ses collègues éventuels, la famille de la personne aidée ou encore la personne aidée elle-même. Si l'aide à domicile est rarement le seul professionnel à intervenir auprès d'une personne fragilisée, les possibilités d'échanges ou de coopérations ne sont pas systématiques, et dépendent en très grande partie du mode d'emploi, les salariés en emploi direct semblant les plus isolés, comparativement aux modes prestataire et mandataire. Pourtant, les aides à domicile en emploi direct sont plus rarement seuls que les autres lors de leur première intervention chez une personne. Globalement, la médiation par un organisme dans les relations avec les personnes

aidées semble prémunir d'un certain isolement professionnel : occasions d'échanges formels ou informels plus nombreuses, et donc plus de ressources en cas de tensions ou de difficultés (qui sont toutefois elles-mêmes plus nombreuses qu'en emploi direct), mais également des solutions plus facilement mobilisables en cas de congés ou de maladie.

Les conditions de travail des aides à domicile : pénibilité ressentie et risque d'épuisement professionnel



Le marché du travail de l'aide à domicile est spécifique : caractérisé notamment par un nombre important d'offres d'emplois en mode direct qui ne transitent pas par Pôle emploi (DARES, 2011), il connaît de fortes difficultés de recrutement (Nicot et Yahiaoui, 2002). Elles sont dues en grande partie au manque d'attractivité de ce métier, lié à une faible qualité de l'emploi (Clozel, 2008 ; Dussuet, 2005, 2006, 2008 ; Devetter *et al.*, 2008 ; Avril, 2003, 2006, Lefebvre, 2009).

En plus de ces difficultés de recrutement, les structures d'aide à domicile doivent également faire face au coût du travail qualifié. Dans certains départements où le tarif de l'aide à domicile est fixe et unique quel que soit le niveau de qualification du personnel (Vatan, 2010), le travail qualifié fait l'objet d'une rationalisation qui prend la forme d'une pression temporelle : les volumes d'intervention au domicile sont minutés, ce qui intensifie le travail (Dussuet, 2007 ; Puissant, 2010 ; Doniol-Shaw *et al.*, 2007). La rigidité des horaires d'intervention accentue alors la pression. Par ailleurs, l'intervenant est souvent contraint par l'insuffisante définition – dans les plans d'aide – de la durée de l'intervention au regard des besoins réels des personnes aidées (Dussuet et Noguès, 2009 ; INRS, 2005). L'aide à domicile doit travailler intensément et parfois prendre sur son temps personnel pour répondre aux demandes des personnes aidées. La concentration des interventions sur des plages horaires spécifiques (tôt le matin, à midi, tard le soir) est une autre contrainte à gérer, directement pour les intervenants sous le mode de l'emploi direct, ou pour l'encadrement dans les organismes d'aide à domicile. Pour respecter les heures d'intervention assez serrées, les intervenants doivent enchaîner les interventions, ce qui laisse peu de marge de manœuvre pour gérer les imprévus au domicile des personnes aidées et entre deux interventions, comme les éventuels problèmes liés au trajet par exemple. La pression temporelle est donc un marqueur de l'intensité du travail.

Plusieurs études et enquêtes ont par ailleurs pu identifier les facteurs de risques professionnels dans l'aide à domicile (Dussuet, 2005 ; Dussuet et Noguès, 2007 ; Doniol-Shaw, 2007 ; Nicot et Yahiaoui, 2002 ; Arnaudo, 2006 ; INRS, 2005 ; CNAMTS, 2008 ; DARES, 2006). Ces études distinguent les contraintes physiques du métier et les contraintes psychologiques. Ces contraintes sont en rapport avec le rythme du travail, le manque de qualification ou la pression émotionnelle et psychologique qu'induit toute relation d'aide aux personnes fragilisées.

Face à ces observations, l'enquête auprès des Intervenants au domicile des personnes fragilisées (IAD), conduite par la DREES en 2008, permet d'interroger l'intensité de travail de façon plus précise et plus généralement de dresser un panorama complet des conditions de travail dans le métier d'aide à domicile, en prenant pleinement en compte la diversité des modèles d'emploi qui la constituent : emploi

direct exclusivement, sous le mode prestataire exclusivement ou sous des formes « mixtes » (qui renvoient au mode mandataire ou au cumul par certains salariés d'emplois en modes direct, mandataire et prestataire)[1] [encadré 1]. De plus, l'enquête IAD permet d'identifier les causes des pénibilités physiques et psychiques vécues au travail, ainsi que le profil des salariés les plus concernés.

La présente analyse explore les conditions de travail sous plusieurs angles. Les difficultés rencontrées dans la réalisation des tâches sont d'abord étudiées, puis plus spécifiquement la pénibilité du travail d'aide à domicile à partir des contraintes ressenties dans le travail par les salariés et du sentiment de pénibilité associé. Les risques psychosociaux dans le métier sont ensuite mis en avant, plus précisément le risque d'épuisement professionnel. La dernière partie s'intéresse à la perception des salariés de leur propre état de santé.

ENCADRÉ 1

Les modes d'exercice du métier d'aide à domicile

Trois modes d'exercice sont possibles pour le métier d'aide à domicile :

le mode prestataire : l'aide à domicile exerçant sous ce mode est salarié d'une structure d'aide à domicile. Le bénéficiaire de l'aide paie alors la prestation au service, qui rémunère le salarié ;

le mode mandataire : le bénéficiaire de l'aide est lui-même l'employeur, mais une structure d'aide à domicile sert d'intermédiaire entre celui-ci et l'intervenant, notamment pour la mise en relation et des aides aux démarches administratives. L'aide à domicile est payé par le bénéficiaire ;

l'emploi direct : le bénéficiaire de l'aide est l'employeur et assume toutes les tâches administratives. La relation entre le bénéficiaire et l'aide à domicile ne passe pas par une structure.

Un même aide à domicile peut travailler sous différents modes, par exemple en étant à la fois salarié d'une structure prestataire pour une partie de ces heures, et employé directement par un particulier en complément. Il est également possible de travailler sous les statuts de prestataire et de mandataire au sein d'une même structure.

L'enquête IAD ne permet pas d'isoler précisément le mode mandataire, ni de connaître les cumuls sous différents modes d'emplois. Elle permet toutefois de cibler les salariés travaillant exclusivement en mode prestataire (37 % des aides à domicile) et ceux travaillant exclusivement en emploi direct (24 %). Les autres aides à domicile travaillent soit en mode mandataire, soit en cumulant différents modes.

1. Pour de premières observations statistiques sur le métier d'aide à domicile, voir Marquier (2010a). À côté de notre analyse des conditions de travail, deux rapports interrogent plus spécifiquement le temps de travail (Devetter et Barrois, 2011) et la coordination des soins au domicile des personnes fragilisées (Loones et Jauneau, 2011).

Les demandes des personnes aidées ou de leur entourage familial, sources de difficultés au travail

Une grande partie des intervenants ont rencontré des difficultés liées aux diverses demandes des personnes aidées. 43 % ont rencontré des difficultés suite à une demande qu'ils considèrent hors du rôle de l'intervenant (soins médicaux par exemple), 36 % suite à une demande qu'ils ne veulent pas effectuer (gros nettoyage ou lessivage du gros linge par exemple) et 48 % suite à l'évolution de l'état de santé de la personne aidée. Ces difficultés sont ponctuelles ou rares dans la majorité des cas. Un salarié sur cinq les rencontre toutefois à des fréquences habituelles ou régulières (tableau 1). La moitié environ des salariés en mode prestataire a ainsi déjà rencontré des difficultés liées à la nature de la demande ou à l'évolution de l'état de santé de la personne aidée, contre entre 1/5 et 1/3 des salariés en emploi direct. La possibilité qu'ont les salariés en mode direct de choisir les personnes auprès desquelles ils interviennent peut constituer une explication. En outre, la probabilité d'être confronté à des difficultés au domicile des personnes aidées est sans doute plus importante quand l'intervenant prend en charge un plus grand nombre de personnes et de surcroît des personnes très fragiles, notamment d'un point de vue sanitaire, ce qui est fréquemment le cas des salariés en prestataire.

En effet, le nombre de personnes aidées est plus élevé en mode prestataire comparativement au mode direct (8,3 personnes en moyenne au cours d'une semaine type contre 3,1 pour les salariés en mode direct). Un salarié sur deux en mode direct n'intervient qu'auprès d'une seule personne, ce qui laisse penser que l'intervenant a plus de disponibilité à accorder à la personne aidée (tableau 2). D'autre part, 93 % des salariés en mode prestataire exclusivement affirment intervenir auprès de personnes atteintes d'une détérioration de santé (physique ou mentale) contre 66 % des salariés en mode direct.

La qualification de l'intervenant est également une explication possible de la fréquence plus importante des difficultés dans le mode prestataire. Plus de la moitié des salariés en

mode prestataire sont diplômés du secteur sanitaire ou social contre 15 % des salariés en mode direct. La qualification des premiers implique qu'ils sont plus souvent dans une relation d'aide auprès d'un public en difficulté et, par ailleurs, leur permet de marquer de la distance avec la personne aidée et à fixer les contours du travail (Avril, 2003). Dans l'emploi direct, où la qualification est moindre, les salariés sont peut-être moins à même de discerner ces contours, ce qui pourrait expliquer en partie le fait qu'ils déclarent moins souvent rencontrer de difficultés liées à des demandes qui sortent du rôle de l'aide à domicile que les autres.

Le recours à un responsable, lorsqu'il existe, est la solution la plus fréquente de résolution des difficultés

Quand ces difficultés se présentent, leur résolution nécessite des solutions négociées avec la personne aidée ou sa famille, pour l'ensemble des intervenants, et, pour les salariés en prestataire ou mandataire, un recours fréquent à leur encadrement. L'enquête met ainsi en lumière des schémas de résolution de ces difficultés qui diffèrent selon les modes

TABLEAU 1

Proportion et fréquence des salariés ayant rencontré des difficultés au domicile des personnes aidées

		Prestataire exclusivement	Direct exclusivement	Mandataire ou mixte	Ensemble
Avez-vous rencontré ou rencontrez-vous ces difficultés ?	Demande d'actes qui ne sont pas du rôle de l'aide à domicile, (soins, médicaments ou tâches ménagères non courantes par exemple) de la part d'une personne aidée ou de son entourage.	48,8 %	25,3 %	47,6 %	42,8 %
	Demande que vous ne vouliez pas effectuer (par exemple réaliser un gros nettoyage, laver le gros linge sale, ramasser les déféca-tions) de la part de la personne aidée ou de son entourage.	45,6 %	18,7 %	37,6 %	36,1 %
	Changement de l'état de santé d'une personne aidée qui a entraîné un besoin d'aide nouveau.	53,0 %	32,0 %	52,9 %	48,0 %
Fréquence de ces difficultés	Ponctuelles ou rares	80,6 %	77,3 %	77,6 %	78,8 %
	Habituelles ou régulières	18,8 %	21,8 %	21,6 %	20,5 %

Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

TABLEAU 2

Caractéristiques des salariés de l'aide à domicile selon les modes d'intervention

	Prestataire exclusivement	Direct exclusivement	Mandataire ou mixte	Ensemble
Age moyen	43,2 ans	47,4 ans	45,0 ans	44,9 ans
Ancienneté moyenne	9,3 ans	9,1 ans	9,1 ans	9,2 ans
Proportion de salariés diplômés du secteur sanitaire et social (1)	51,7 %	14,9 %	38,7 %	37,9 %
Travail à temps plein	37,0 %	16,9 %	32,3 %	30,0 %
Nombre d'heures de services par semaine (2)	28,3 h	19,7 h	27,8 h	26,1 h
Nombre de jours travaillés pendant la semaine (2)	5,1	4,4	5,1	5,0
Nombre de personnes aidées par semaine (2)	8,3	3,1	6,9	6,5
Intervenants s'occupant d'une seule personne ou d'un seul foyer	3,0 %	50,0 %	15,7 %	19,0 %
Part des ADL dans l'activité globale du salarié (3)	33,6 %	22,3 %	33,5 %	31,0 %
Part des salariés n'effectuant jamais d'ADL	13,2 %	38,7 %	16,6 %	20,4 %

(1) Salariés ayant un des diplômes suivants : DEAVS, TISF, BEP carrière sanitaire et sociale, MC-AD, BEP agricole services à la personne, Titre professionnel d'assistant de vie, ou autre diplôme du secteur sanitaire et social.
(2) Pendant une semaine type.
(3) ADL : Actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la toilette, à l'habillage, à la prise de repas, au lever-coucher, etc.)
Champ • Aides à domicile ayant travaillé le mois précédant l'enquête.
Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

d'intervention. La première façon de résoudre une difficulté éventuelle pour les salariés en mode direct est d'accepter d'effectuer les tâches supplémentaires demandées par la personne aidée (42 %, contre 20 % pour les salariés prestataires et 30 % pour les aides à domicile en mode mixte ou mandataire) [tableau 3]. Dans une proportion équivalente, toutefois, ces salariés indiquent également négocier une solution avec l'entourage de la personne aidée (42 %) ou avec la personne aidée elle-même (30 %). De même, 42 % des salariés en mode prestataire ont négocié des solutions avec la personne aidée et 36 % y ont associé la famille. Dans le mode mixte ou mandataire, 44 % ont fait la démarche de discuter avec la famille et 32 % avec la personne aidée. Par contraste, plus de 85 % des salariés en mode prestataire et 63 % des salariés en mode mixte ou mandataire ont pu solliciter un responsable : c'est alors à l'encadrement (et non à l'intervenant lui-même), de définir l'évolution éventuelle de la prestation. Le rôle de l'intermédiation dans la relation d'aide est donc prépondérant et peut être associé également – à un autre niveau – à la possibilité qu'elle offre à l'intervenant d'exprimer les difficultés ressenties.

L'enquête indique également une proportion élevée de salariés confrontés à des formes de violence dans la relation d'aide. En moyenne, quatre salariés sur dix ont déjà subi une forme d'agression verbale ou des comportements ou paroles déplacés, et 13 % une forme d'agression physique. Les salariés en prestataire sont deux fois plus nombreux que les salariés en mode direct à être exposés à ces risques (un sur deux environ contre un sur quatre). Par ailleurs, un tiers des salariés en prestataire ont déjà rencontré une situation de maltraitance subie par la personne aidée[2], contre moins d'un dixième des salariés en emploi direct. Ces chiffres témoignent des exigences émotionnelles du métier et indiquent des différences d'exposition des salariés selon la nature de la relation d'emploi.

L'insalubrité et l'exiguïté des lieux, le fait de s'occuper de personnes en fin de vie et les efforts physiques sont les contraintes les plus pénibles

L'enquête IAD permet de caractériser les situations de travail ressenties comme contraignantes[3] par les salariés à domicile (encadré 2). Trois dimensions sont répertoriées : les contraintes liées au travail effectué, celles liées à l'environnement de travail et celles liées à l'état de santé de la personne aidée. Chacune de ces situations contraignantes est ensuite appréciée par le salarié selon son caractère plus ou moins pénible. D'un côté donc, les contraintes sont objectivées par les salariés ; de l'autre, la pénibilité associée à chaque type de contrainte est appréciée de façon subjective.

Les contraintes listées concernent entre 46 % et 95 % des intervenants au domicile de personnes fragiles. La position debout prolongée est celle qui touche le plus de salariés (graphique 1), soit 95 % contre une moyenne des autres familles professionnelles en France de 49 % (enquête Sumer-2003, DARES, 2006).

TABLEAU 3

Comment avez-vous procédé pour résoudre ces difficultés lorsqu'elles se sont posées ?

	Prestataire exclusivement	Direct exclusivement	Mandataire ou mixte	Ensemble
Vous en avez parlé à un responsable	84,7 %	5,4 % (*)	62,5%	62,5%
Vous en avez parlé à un collègue	16,9 %	4,0 %	16,0 %	14,4 %
Vous en avez parlé à un autre intervenant	22,9 %	20,5 %	21,5 %	21,9 %
Vous en avez parlé avec la personne aidée	42,3 %	30,1 %	32,0 %	36,0 %
Vous en avez parlé à l'entourage de la personne aidée	35,8 %	41,7 %	44,3 %	40,4 %
Vous n'avez pas modifié vos interventions	5,1 %	11,0 %	5,7 %	6,3 %
Vous avez effectué les tâches supplémentaires demandées	20,0 %	42,0 %	29,8 %	27,7 %
Vous avez procédé autrement	1,0 %	3,9 %	1,0 %	1,5 %

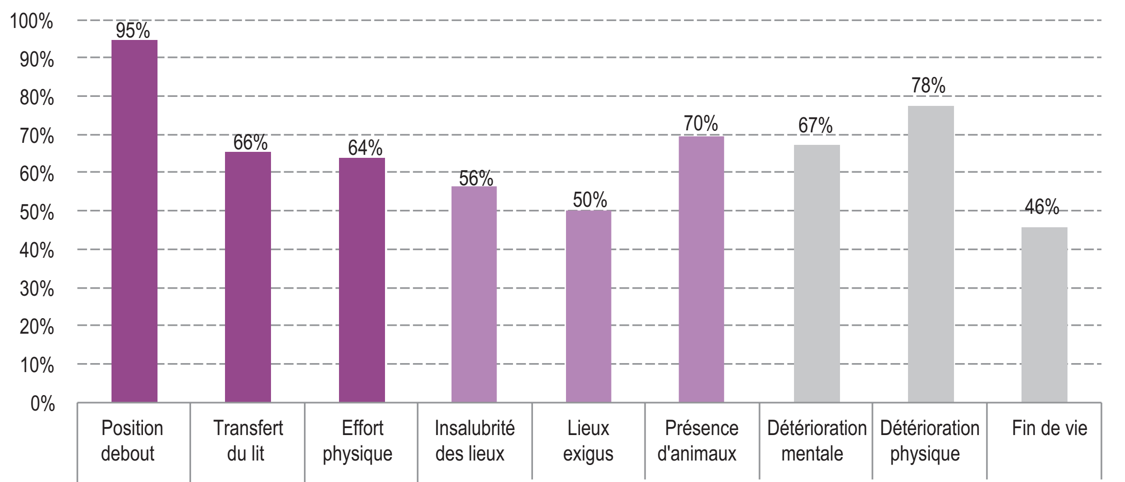
* Confusion possible des répondants. Le responsable est confondu avec la personne aidée, sa famille ou un autre intervenant.
Sources • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

2. Situation où l'intervenant aide une personne subissant des violences physiques ou morales exercées par un proche, un autre intervenant, etc.
3. La pénibilité du travail ressentie par les intervenants à domicile, telle qu'elle est recueillie dans l'enquête IAD, porte sur des critères différents des critères retenus dans la définition de la pénibilité retenue par la loi de novembre 2010 portant réforme des retraites (cf. Article D. 4121-5 du code du travail).

Ces contraintes sont vécues comme plus ou moins pénibles selon les caractéristiques des intervenants. L'enquête prévoit une évaluation en quatre degrés de pénibilité ressentie[4]. Dans l'analyse qui suit les réponses des salariés jugeant la contrainte «peu pénible» ou «pas pénible» sont regroupées avec celles des salariés ayant déclaré ne pas subir la contrainte. Quatre types de contraintes sont déclarés comme étant très pénibles par une grande partie des salariés. Il s'agit, par ordre décroissant, de l'insalubrité des lieux, de leur exiguïté, de l'intervention auprès des personnes en fin de vie et de l'effort physique au travail (graphique 2). Entre 18 % et 32 % des intervenants considèrent ces contraintes comme très pénibles lorsqu'ils y sont confrontés et entre 33 % et 50 % les considèrent comme pénibles ou très pénibles. En outre, un peu moins de la moitié des salariés considèrent aussi que la position debout est pénible voire très pénible.

GRAPHIQUE 1

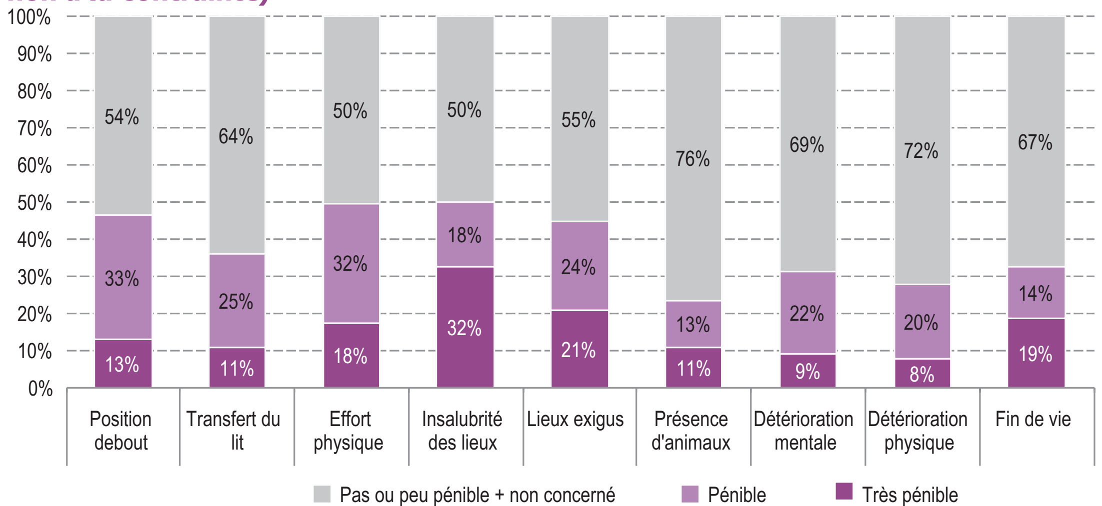
Proportion de salariés concernés par les situations de travail potentiellement pénibles



Lecture • 95 % des salariés restent longtemps debout dans leur travail (cf. encadré 2 pour l'intitulé des questions).
Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

GRAPHIQUE 2

Degré de pénibilité associé à chaque dimension (que la personne soit exposée ou non à la contrainte)



Lecture • 46 % des salariés de l'aide à domicile estiment que le fait de travailler debout est «pénible» ou «très pénible».
Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

4. Les niveaux de pénibilités sont : très pénible, plutôt pénible, peu pénible, pas pénible.

La pénibilité est deux fois plus importante en mode prestataire qu'en mode direct

Un indicateur synthétique de pénibilité a été construit pour agréger ces contraintes en trois dimensions (encadré 2). En moyenne, l'indicateur global est de 43,3 sur 100 (tableau 4). Parmi les trois dimensions évaluées, la nature du travail exercé (efforts physiques et postures) est celle qui contribue le plus à la pénibilité ressentie par les intervenants (38 % de la valeur de l'indicateur). Elle est suivie par la dimension liée à l'environnement du travail (32 %) et la dimension liée à l'état de santé de la personne aidée (30 %). Suivant la classification retenue dans la construction de l'indicateur qui répartit les salariés en trois classes de quasi égale amplitude en fonction de l'écart entre leur

TABLEAU 4

Indicateurs de pénibilité par mode d'intervention

Indicateur de pénibilité (note sur 100)	Prestataire exclusivement	Direct exclusivement	Mandataire ou mixte	Ensemble
Pénibilité liée à la nature du travail	18,2	12,6	17,1	16,5
Pénibilité liée à l'environnement de travail	18,5	5,1	14,7	13,9
Pénibilité liée à l'état de santé de la personne aidée	14,6	7,7	14,7	13,0
Indicateur global de pénibilité	51,3	25,4	46,5	43,3
Classification de l'indicateur en % des salariés	**Prestataire exclusivement**	**Direct exclusivement**	**Mandataire ou mixte**	**Ensemble**
Pénibilité faible	19,4	70,1	27,1	34,3
Pénibilité moyenne	34,3	21,8	33,8	31,2
Pénibilité élevée	46,4	8,1	39,0	34,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Lecture • Le score global de l'indicateur de pénibilité dans le mode prestataire est de 51,3 sur 100. 19,4 % des salariés en mode prestataire connaissent un niveau faible de pénibilité.
Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

TABLEAU 5

Indicateur de pénibilité selon les caractéristiques individuelles et professionnelles

		Indicateur de pénibilité/100	% du niveau de pénibilité élevée
Age	Moins de 35	46,7	38,7
	De 35 à moins de 45	43,3	35,2
	De 45 à moins de 50	42,8	34,3
	50 et plus	42,5	32,2
Ancienneté	Moins de 3 ans	34,2	21,3
	De 3 ans à moins de 8 ans	42,5	32,9
	De 8 ans à moins de 15 ans	45,8	37,7
	15 ans et plus	49,7	44,2
Sexe	Hommes	31,1	13,8
	Femmes	43,6	35,0
Qualification	DEAVS	56,1	54,3
	Autre diplôme sanitaire ou social	49,2	46,6
	Pas de diplôme sanitaire ou social	37,5	24,5
Revenu mensuel	Moins de 440 euros	26,1	12,5
	De 440 à 867 euros	41,7	30,9
	De 867 à 1 100 euros	49,4	42,5
	1 100 euros et plus	51,1	45,8
Temps de travail	Temps partiel	40,6	30,1
	Temps plein	50,0	44,4
Moyenne		43,3	34,5

Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

indicateur global et l'indicateur global moyen, 46 % des salariés en prestataire ont ressenti une pénibilité élevée, c'est-à-dire significativement plus élevée que la moyenne des salariés, contre 8 % des salariés en emploi direct.

L'indicateur global de pénibilité du travail est en effet deux fois plus élevé pour les salariés en prestataire que pour les salariés en mode direct (51,3 contre 25,4). L'ordre des pénibilités diffère aussi selon les modes d'intervention. Alors que la dimension liée à l'environnement du travail est sensiblement équivalente à celle liée à la nature du travail dans le mode prestataire, dans le mode direct en revanche et, dans une moindre mesure dans le mode mandataire ou mixte, la nature du travail est nettement la principale forme de pénibilité. La dimension de pénibilité liée à l'environnement du travail est celle qui différencie le plus les modes d'intervention. Le sentiment de pénibilité associé à cette dimension est 3,6 fois plus important dans le mode prestataire comparativement au mode direct.

ENCADRÉ 2

L'indicateur de pénibilité ressentie

L'indicateur synthétique des pénibilités est construit sur la base de neuf questions relatives aux contraintes du travail d'aide à domicile (Tableau). Pour chacune de ces contraintes, le salarié associe un niveau de pénibilité ressentie : très pénible, plutôt pénible, peu pénible, pas du tout pénible et non concerné (le salarié n'est pas confronté à la contrainte). Ces niveaux de pénibilité sont recodés en attribuant à chacun un score de 0 à 4 (Très pénible : 4, Plutôt pénible : 3, Peu pénible : 2, Pas du tout pénible : 1, Non concerné : 0).

Les questions constitutives de l'indicateur de pénibilité

Dimensions de la pénibilité	Questions (contraintes)	Réponses (niveaux de pénibilité)				
		Très pénible	Plutôt pénible	Peu pénible	Pas pénible	Non
	Score de l'indicateur	*4*	*3*	*2*	*1*	*0*
Pénibilité liée au travail exercé (nature de l'activité)	Dans votre travail, vous arrive-t-il de rester longtemps debout ?					
	Dans votre travail, vous arrive-t-il d'avoir à lever, coucher, transférer du lit au fauteuil des personnes ?					
	Dans votre travail, vous arrive-t-il de faire des efforts physiques, de porter des charges lourdes, d'adopter des postures inconfortables ?					
Pénibilité liée à l'environnement de travail (lieux de travail)	Vous arrive-t-il d'avoir à travailler dans des lieux sales ou insalubres ?					
	Vous arrive-t-il d'avoir à travailler dans des pièces étroites, encombrées, des lieux vétustes, avec des escaliers difficiles ou avec des équipements non adaptés à l'état de santé des personnes que vous aidez ?					
	Vous arrive-t-il d'avoir à travailler en présence d'animaux domestiques ?					
Pénibilité liée à l'état de santé de la personne aidée	Vous arrive-t-il d'aider des personnes atteintes de détérioration intellectuelle/mentale (désorientées, maladie d'Alzheimer…) ?					
	Vous arrive-t-il d'aider des personnes atteintes de détérioration physique (maladies, handicap, incontinence, etc.) ?					
	Vous arrive-t-il d'aider des personnes en fin de vie ?					

Le score global de l'indicateur est compris entre 0 et 36. Pour faciliter la lecture, l'indicateur est transformé en base 100. Un score élevé correspond à un niveau de pénibilité important. Une situation extrême est celle où le salarié est confronté à toutes les contraintes et déclare qu'elles sont très pénibles. La valeur de l'indicateur dans ce cas de figure est de 100.

Classification de l'indicateur de pénibilité

L'indicateur de pénibilité est décomposé en trois classes :

1. **Niveau faible : scores inférieurs à la moyenne - la moitié de l'écart type**
2. **Niveau moyen : scores entre la moyenne – la moitié de l'écart-type et la moyenne + la moitié l'écart type**
3. **Niveau élevé : scores supérieurs à la moyenne + la moitié de l'écart type**

Sur l'échelle de l'indicateur (0 à 100), le niveau faible correspond aux scores inférieurs à 31,9 ; le niveau moyen aux scores compris entre 31,9 et 54,7 et le niveau élevé aux scores supérieurs à 54,7.

La pénibilité du travail est ressentie avec plus d'intensité par les salariés les plus jeunes, les plus anciens dans le métier, les intervenants diplômés, les salariés à temps plein et ceux dont le revenu est plus important (tableau 5). Hormis pour l'ancienneté dans le métier, ces caractéristiques sont interdépendantes. En effet, les jeunes sont plus nombreux à avoir un diplôme reconnu dans le métier. Le diplôme permet de bénéficier d'un temps d'intervention plus important et par conséquent un revenu supérieur à la moyenne du métier.

Le diplôme entraîne également des activités plus centrées sur l'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne (Marquier, 2010b). La conjugaison entre ce type de tâches et un temps de travail, ou plus précisément un rythme de travail, important peut expliquer le niveau élevé de la pénibilité ressentie chez les plus diplômés et les jeunes.

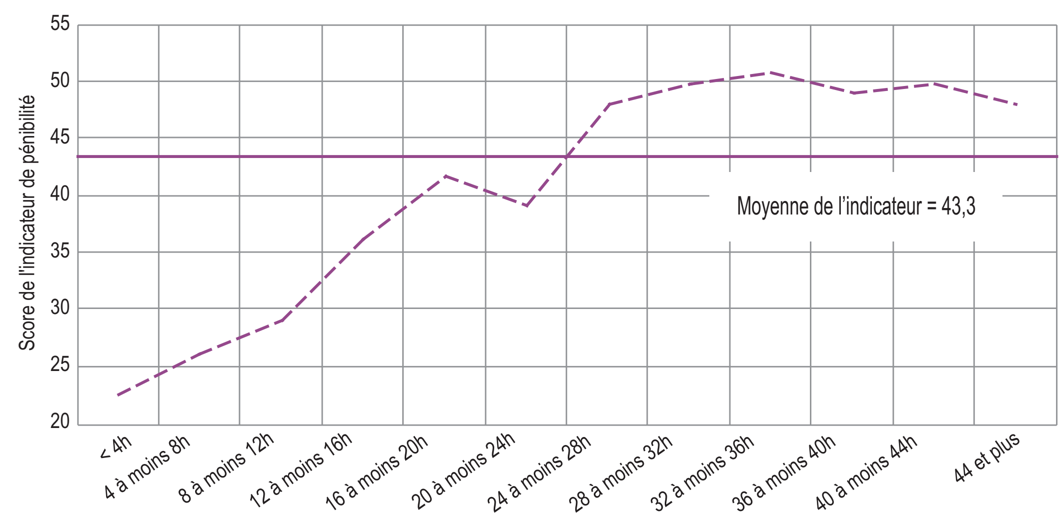
En revanche, l'expérience professionnelle ne semble pas jouer en faveur d'une réduction des pénibilités (par apprentissage ou en permettant de choisir plus facilement ses interventions). Au contraire, cet effet de l'ancienneté peut se voir comme une usure professionnelle que n'arrive pas à compenser l'expérience dans le métier.

La pénibilité est plus élevée quand les interventions contiennent des actes plus complexes

Comme dans les autres métiers où le salarié est en contact avec des personnes fragiles, l'aide à domicile nécessite de réaliser des tâches qui touchent au corps, actes qui peuvent être vécus comme une pénibilité psychologique (Maslach, 2011). De fait, l'indicateur de pénibilité ressentie est supérieur de 17 points chez les salariés qui effectuent des aides aux ADL (activités liées aux actes essentiels de la vie quotidienne[5]) comparativement aux salariés qui ne le font pas (tableau 6) : indicateur de 47,1 dans le premier cas, contre 29,8 dans le second. D'ailleurs, 39 % des aides à domicile déclarant faire des ADL sont classés parmi les salariés ressentant une pénibilité élevée de leur travail, contre 17 % de ceux n'en effectuant pas. Une activité plus centrée sur les actes essentiels de la vie quotidienne peut augmenter la sensibilité des intervenants à certaines contraintes. Les salariés en mode prestataire sont les plus nombreux à réaliser de tels actes, plus qualifiés et plus complexes.

GRAPHIQUE 3

L'indicateur de pénibilité par nombre d'heures d'intervention



Champ • Aides à domicile ayant travaillé le mois précédant l'enquête.
Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

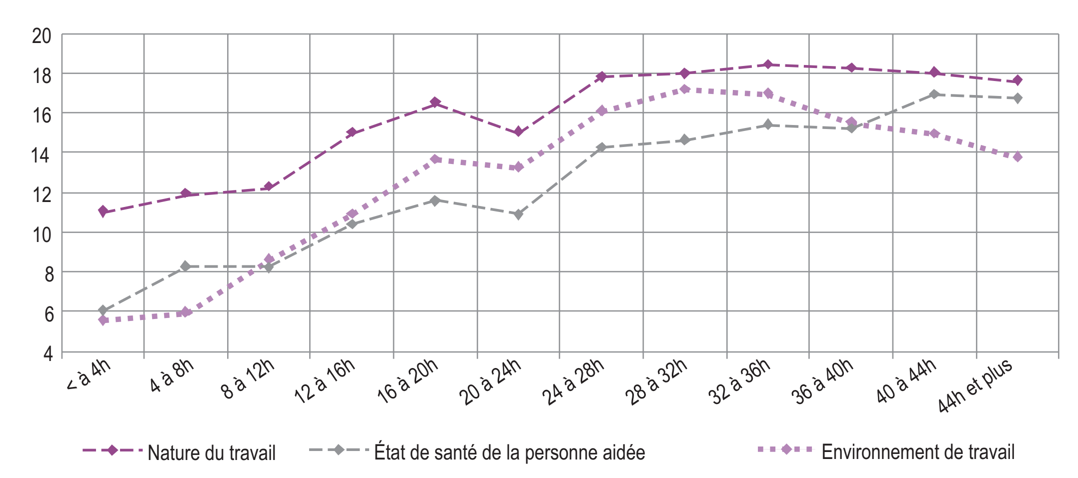
5. *Activities of Daily Living*, ou ADL, qui regroupent l'aide à l'habillage, l'aide pour aller aux toilettes, l'aide pour faire la toilette et assurer l'hygiène, l'aide à la prise des repas, l'aide aux déplacements dans le logement et l'aide au coucher ou au lever du lit (Katz *et al.*, 1963, cité par Marquier, 2010b).

Par ailleurs, la pénibilité ressentie est plus élevée quand le poids des ADL croît. En moyenne, les ADL représentent 30 % de l'activité. Les salariés qui réalisent plus d'ADL que la moyenne présentent un indicateur de pénibilité supérieur de 6 points par rapport à l'ensemble des aides à domicile et sont plus souvent classés parmi les salariés à pénibilité élevée.

Une pénibilité croissante avec le temps de travail

Le niveau de pénibilité ressentie augmente avec le temps de travail (graphique 3). Au-delà de 24 heures d'intervention hebdomadaire, le niveau de pénibilité dépasse la moyenne (43) et il atteint les niveaux les plus élevés au-delà de 28 heures (environ 50).
Toutes les dimensions de la pénibilité progressent avec le temps de travail mais au-delà de 32 heures d'intervention dans la semaine, l'évolution des trois dimensions constitutives de l'indicateur suit un rythme différent (graphique 4). La dimension liée à la nature du travail exécuté se stabilise, celle liée à l'état de santé des personnes aidées augmente tandis que la pénibilité liée à l'environnement du travail décline.
Au-delà de 32 heures de travail hebdomadaires – soit un seuil élevé pour l'aide à domicile (Devetter et Barrois, 2012) – la relation d'aide devient de plus en plus difficile. La pénibilité liée à l'évolution de l'état de santé de la personne aidée progresse assez nettement. Cela peut s'expliquer par la tension émotionnelle progressive avec le temps passé auprès des personnes aidées. Comme le note Christelle Avril (2006), le travail d'aide à domicile nécessite un effort émotionnel qui dépend du type de public pris en charge et du temps passé auprès de la personne. La diminution du sentiment de pénibilité lié à l'environnement de travail avec le nombre d'heures travaillées est plus surprenante. Cependant, on observe que la part de l'emploi mandataire ou mixte augmente également avec le temps travaillé : alors que ce mode représente 40 % des aides à domicile, sa part atteint 57 % parmi ceux qui travaillent entre 40 heures et 44 heures dans la semaine et 50 % parmi ceux effectuant plus de 44 heures. Or, le mode de travail mandataire ou mixte peut être utilisé par l'intervenant pour compléter son activité, notamment en travaillant sur des horaires atypiques (ce que ne permet pas forcément le mode prestataire) [Devetter et Barrois, 2012]. On peut dès lors se demander, au regard de ces résultats, si les aides à domicile exerçant en mandataire ont la possibilité de choisir les personnes chez qui elles travaillent, et donc choisir des interventions moins contraignantes. Cette hypothèse reste à vérifier avec un matériau plus qualitatif.

GRAPHIQUE 4
Évolution de l'indicateur des trois dimensions de la pénibilité ressentie avec le temps de travail hebdomadaire



Champ • Aides à domicile ayant travaillé le mois précédant l'enquête.
Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

TABLEAU 6

Indicateurs de pénibilité en fonction du poids des ADL* dans l'activité globale du salarié

	Salariés sans aide aux ADL	Salariés avec aide aux ADL			Ensemble
		ADL < 30 %	ADL > 30 %	Moyenne salariés avec ADL	
Indicateurs de pénibilité					
Pénibilité liée au travail	12,5	15,4	18,4	17,5	16,5
Pénibilité liée à l'environnement de travail	9,5	14,4	15,4	15,1	13,9
Pénibilité liée à l'état de santé de la personne aidée	7,9	12,5	15,3	14,4	13,0
Indicateur global de pénibilité	29,8	42,3	49,1	47,1	43,3
Niveaux de pénibilité en % de salariés					
Pénibilité faible	60,7	32,4	24,7	27,1	34,3
Pénibilité moyenne	22,3	39,0	31,4	33,7	31,2
Pénibilité élevée	17,0	28,6	43,9	39,2	34,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* ADL : Activités liées aux actes essentiels de la vie quotidienne
Lecture • Les salariés qui ne font pas d'ADL déclarent un indicateur de pénibilité de 29,8 sur 100. Parmi eux, 60,7 % déclarent un faible niveau de pénibilité ressentie.
Champ • Aides à domicile ayant travaillé le mois précédent l'enquête.
Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

TABLEAU 7

Les modèles d'intensité du travail

Nombre d'heures et de jours travaillés par semaine		Intensité journalière moyenne	Heures / semaine	Nombre de personnes aidées	Part des ADL*	Proportion de salariés
Temps élevé et semaine courte	Plus de 26 heures en moins de 5 jours	Très élevée 8,9 h/j	33,0 h	7,9	36,1 %	5,0 %
Temps élevé et semaine standard	Plus de 26 heures en 5 jours	Élevée 6,7 h/j	33,5 h	8,7	33,1 %	24,1 %
Temps élevé et semaine longue	Plus de 26 heures en plus de 5 jours	Élevée 6,1 h/j	39,0 h	8,3	39,8 %	22,7 %
Temps faible et semaine courte	Moins de 26 heures en moins de 5 jours	Moyenne 4 h/j	12,1 h	3,9	22,2 %	22,0 %
Temps faible et semaine standard	Moins de 26 heures en 5 jours	Moyenne 3,7 h/j	18,5 h	5,3	26,0 %	17,2 %
Temps faible et semaine longue	Moins de 26 heures en plus de 5 jours	Faible : 3 h/j	18,7 h	4,4	30,6 %	9,0 %
Moyenne : 26,1 heures et 5 jours		5,2 h/jour	26,1 h	6,5	30,9 %	100,0 %

* Part des activités liées à l'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne dans l'activité globale de l'intervenant.
Note • L'intensité journalière est obtenue par le rapport entre le nombre d'heures travaillées pendant une semaine de référence pour un salarié et le nombre de jours travaillés pendant cette semaine.
Champ • Aides à domicile ayant travaillé le mois précédant l'enquête.
Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

La pénibilité n'augmente pas systématiquement avec l'intensité du travail

L'intensité du travail peut se définir par le rythme de l'activité conjugué aux contraintes du travail et de l'organisation du travail (Molinié, Volkoff, 2000 ; Bartoli, 2000). En ce sens, les faiblesses et les contradictions de l'organisation du travail sont une source d'intensité du travail (Gollac, 2005).

L'étude de Pierre Boisard *et al.* (2002) souligne la contrainte d'adaptation à la demande et son impact sur les rythmes du travail dans la branche santé et action sociale. Dans l'aide à domicile, ce rythme dépend du nombre et des horaires d'intervention. Le dépassement de ces horaires, suite à la demande des personnes aidées ou au volume réel du travail à exécuter, fait varier

TABLEAU 8

Niveau de pénibilité selon l'intensité du travail

Nombre d'heures et de jours travaillés	Intensité journalière moyenne	Indicateur global de pénibilité	% de salariés classés en pénibilité élevée
Temps de travail élevé et une semaine courte	Très élevée : 8,9 h/j	46,5	41,3
Temps de travail élevé et une semaine standard	Élevée : 6,7 h/j	50,4	42,8
Temps de travail élevé et une semaine longue	Élevée : 6,1 h/j	49,7	43,9
Temps de travail faible et une semaine courte	Moyenne : 4 h/j	34,6	24,1
Temps de travail faible et une semaine standard	Moyenne : 3,7 h/j	40,7	30,4
Temps de travail faible et une semaine longue	Faible : 3 h/j	35,1	19,5
Moyenne	5,2 h/j	43,3	34,5

Lecture • Les aides à domicile qui ont une intensité journalière de travail très élevée (8,9 h/j en moyenne), ont un indicateur de pénibilité de 46,5 sur 100. 41,3 % d'entre eux subissent une pénibilité élevée au travail.
Champ • Aides à domicile ayant travaillé le mois précédant l'enquête.
Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

ce rythme. En effet, le volume des tâches à effectuer au sein d'un même domicile peut être différent d'un jour à l'autre en fonction de l'état de santé de la personne aidée, des urgences quotidiennes à gérer, de l'état de propreté du domicile, etc. L'intensité du travail varie au gré des réalités quotidiennes au domicile du bénéficiaire. Ainsi, 42 % des salariés en emploi direct déclarent toujours ou souvent effectuer des heures bénévoles auprès des personnes qu'ils aident, contre 19 % des salariés en mode prestataire exclusivement. Ce travail supplémentaire non rémunéré révèle la difficulté de définir les contours du travail au domicile des personnes aidées. Dans l'emploi direct, la dimension relationnelle et les liens affectifs qui se nouent entre l'intervenant et la personne aidée peuvent expliquer les dépassements des horaires de l'intervention (Bressé, 2003 ; Avril, 2008 ; Caradec, 1996 ; Bernardo, 2003). Ces débordements hors du temps de travail peuvent paradoxalement assouplir les tensions liées à un minutage trop rigoureux des interventions. Par contraste pour le travail prestataire voire mandataire, on peut penser que l'intermédiation de la relation directe par une tierce personne permet de limiter les débordements du travail en fixant les limites de l'intervention (Romero, 2001 ; Meagher, 2003, cités par Devetter et Barrois, 2012).

Dans cette étude, l'intensité journalière du travail approchée par le rapport entre le nombre d'heures d'intervention et le nombre de jours travaillés pendant une semaine de référence est en moyenne de 5,2 heures d'intervention par jour (tableau 7). Durant cette semaine, le nombre moyen de jours travaillés est de 5, soit un temps de travail moyen de 26 heures (hors temps de trajets) avec un repos hebdomadaire de 2 jours, consécutifs ou non. Ce rythme de travail moyen correspond à 6,5 personnes aidées par semaine.

En considérant qu'une heure d'intervention équivaut à une heure trente-trois de travail, transport compris[6], 26 heures d'intervention correspondent à l'équivalent de 35 heures de travail hebdomadaire. Un rythme de travail supérieur à 5 heures d'intervention par jour travaillé peut donc être qualifié d'intense et un rythme supérieur à 7 heures de très intense. Une faible intensité du travail correspondant à un rythme inférieur à 3 heures d'intervention par jour travaillé et une intensité moyenne à un volume journalier de 3 à 5 heures.

Relativement à leur temps de travail hebdomadaire et leur nombre de jours travaillés, on identifie trois types de salariés : ceux (52 %) connaissant une intensité journalière de travail élevée ou très élevée (entre 6,1 heures et 8,9 heures d'intervention par jour) en raison d'un temps travaillé élevé (plus de 26 heures soit entre 33 et 39 heures en moyenne selon le nombre de jours travaillées dans la semaine), ceux (39 %) ayant un temps de travail plutôt faible (moins de 26 heures soit entre 12 et 19 heures d'intervention en moyenne) sur une semaine courte ou standard et en conséquence une intensité journalière moyenne (environ 4 heures d'intervention par jour en moyenne) et ceux (9 %) ayant un temps de travail faible

6. Il s'agit ici du temps de déplacement entre deux interventions. Certaines conventions collectives de la branche de l'aide à domicile, comme celle de l'ADMR et celle des organismes d'aide ou de maintien à domicile, reconnaissent le temps de déplacement comme temps de travail effectif.

TABLEAU 9

Probabilité de ressentir une pénibilité élevée mesurée par le modèle Logit

Paramètres	Odds ratio	Significativité	Paramètres	Odds ratio	Significativité
Constante		***	**Type de personnes aidées**		
Mode d'exercice			Fragiles exclusivement	1,149	ns
Prestataire exclusivement	4,354	***	Fragiles et non fragiles	Réf	
Mandataire ou mixte	3,856	***	**Age**		
Direct exclusivement.	Réf		Moins de 35 ans	0,776	ns
Latitude décisionnelle			35 à moins de 45 ans	0,982	ns
Élevée (> médiane)	1,243	*	45 à moins de 50 ans	Réf	
Faible (< médiane)	Réf		50 ans et plus	0,951	ns
Demande psychologique			**Ancienneté**		
Élevée (> médiane)	2,444	***	Moins de 3 ans	Réf	
Faible (< médiane)	Réf		De 3 à moins de 8 ans	1,613	**
Intensité hebdomadaire			De 8 à moins de 15 ans	2,079	***
Plus de 26 heures en moins de 5 jours	1,681	ns	15 ans et plus	2,500	***
Plus de 26 heures en 5 jours	1,692	*	**Diplôme**		
Plus de 26 heures en plus de 5 jours	1,642	*	DEAVS	1,735	***
Moins de 26 heures en moins de 5 jours	1,991	**	BEP carrière sanitaire et sociale	3,142	***
Moins de 26 heures en 5 jours	1,881	**	Titre Professionnel Assistante de vie	0,960	ns
Moins de 26 heures en plus de 5 jours	Réf		Autre diplôme sanitaire ou social	1,942	***
Nombre de personnes aidées			Pas de diplôme sanitaire ou social	Réf	
Supérieur à 8 personnes	1,818	***	**Autre emploi que l'aide à domicile**		
4 à 7 personnes	1,520	**	Oui	0,918	ns
Moins de 4 personnes	Réf		Non	Réf	
Part ADL			**Les revenus varient-ils beaucoup d'un mois à un autre ?**		
Pas d'ADL	Réf		Oui	1,332	*
Moins de 30 %	0,942	ns	Non	Réf	
Supérieur à 30 %	1,881	***			

Seuils de significativité • * : 5 % ; ** : 1 % ; *** : 0,1 % ; Réf : modalité de référence.
Lecture • Les salariés en mode prestataire exclusivement ont 4,35 fois plus de chances de ressentir une pénibilité élevée (c'est-à-dire faire partie des 34,5 % des aides à domicile classés dans la catégorie de pénibilité élevée), toutes choses égales par ailleurs, comparativement aux salariés en mode direct exclusivement.
Champ • Aides à domicile ayant travaillé le mois précédant l'enquête.
Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

sur une semaine longue et donc une intensité journalière faible (3 heures d'intervention par jour en moyenne). Ces classes permettent de distinguer les organisations du travail selon leur impact sur les rythmes du salarié. Une organisation des interventions en une semaine standard de 5 jours peut conduire à une intensité élevée si les plannings de chaque jour sont très denses, ou au contraire à une intensité moyenne si le temps de travail est inférieur à la moyenne de 26 heures hebdomadaires. Les formes d'intervention les plus intenses du point de vue du rythme du travail apparaissent quand des volumes horaires élevés (supérieurs à 26 heures) sont condensés sur peu de jours. Par ailleurs, bien que certaines organisations du travail ne soient pas denses du point de vue du rythme du travail, elles restent toutefois contraignantes du point de vue de la disponibilité temporelle, quand elles entraînent un morcellement du temps de travail[7].

La pénibilité ressentie est ainsi plus élevée chez les intervenants qui ont des rythmes de travail élevés ou très élevés (tableau 8).

Par ailleurs, la part des aides aux ADL est plus importante dans les modèles d'intensité journalière élevée ou très élevée. Cette corrélation entre type d'activité, temps de travail et niveau

7. Cf. le rapport de Devetter et Barrois (2012) qui identifie à partir de l'enquête IAD des journées de travail fragmentées ou décalées pour les salariés qui travaillent une journée longue mais avec peu d'heures de travail.

ENCADRÉ 3

Le questionnaire de Karasek et les formules de calcul des scores

Le questionnaire de Karasek évalue deux dimensions de l'environnement psychosocial au travail : la demande psychologique et la latitude décisionnelle. Il comporte 18 questions : neuf pour la demande psychologique et neuf pour la latitude décisionnelle. Les réponses proposées sont : « Pas du tout d'accord, Pas d'accord, D'accord, Tout à fait d'accord », ce qui permet de les coter de 1 à 4 et de calculer un score pour chacune des deux dimensions. On calcule ensuite la valeur de la médiane de chacun des scores, c'est-à-dire la valeur qui partage l'ensemble de la population enquêtée en deux parties égales : la moitié des salariés se situe au-dessus de ce score, et l'autre moitié en-dessous.

L'axe « Demande psychologique » regroupe trois sous-axes :

Quantité - rapidité

Q10 - Mon travail me demande de travailler très vite

Q12 - On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive

Q13 - Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail

Complexité - intensité

Q14 - Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes

Q11 - Mon travail me demande de travailler intensément

Q15 - Mon travail demande de longues périodes de concentration intense

Morcellement, prévisibilité

Q16 - Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard

Q17 - Mon travail est très bousculé

Q18 - Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail

Le score de demande psychologique est donné par la formule :

Q10 + Q11 + Q12 + (5-Q13) + Q14 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18

L'axe « latitude décisionnelle » regroupe trois sous-axes :

Latitude ou marges de manœuvre

Q4 - Mon travail me permet de prendre souvent des décisions moi-même

Q6 - Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail

Q8 - J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail

Utilisation actuelle des compétences

Q2 - Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives

Q5 - Mon travail demande un haut niveau de compétence

Q7 - Dans mon travail, j'ai des activités variées

Développement des compétences

Q1 - Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles

Q3 - Mon travail me demande d'être créatif

Q9 - J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles

Le score de latitude décisionnelle est donné par la formule :

4*Q4 +4*(5-Q6)+4*(Q8)+2*(5-Q2)+2*(Q5)+2*(Q7)+2*(Q1)+2*(Q3)+2*(Q9)

Le « Job strain » ou « tension au travail » est la combinaison faible latitude/forte demande. Dans l'enquête, si le score de demande psychologique est supérieur à 19 et le score de latitude décisionnelle inférieur à 68 (médianes de l'échantillon), le salarié est dans le cadran « tendu », et donc considéré en situation de risque d'épuisement professionnel.

Source • Guignon, Niedhammer, Sandret, 2008.

d'intensité explique une partie importante du sentiment de pénibilité dans l'aide à domicile. En revanche, l'effet est ambigu dès lors que l'on considère l'intensité de travail journalière moyenne : l'indicateur de pénibilité variant de 35 (qui correspond également à la pénibilité associée à une intensité journalière faible) à 41. Les semaines courtes semblent ici prémunir contre une pénibilité trop élevée du travail.

Une analyse toutes choses égales par ailleurs permet d'affiner ce résultat (tableau 9) : une intensité élevée fait augmenter le risque de pénibilité de plus de 60 % par rapport à une intensité faible résultant d'un temps de travail

faible sur une semaine longue. Mais avoir une intensité moyenne résultant d'un temps de travail inférieur à 26 heures sur une semaine de 5 jours ou moins augmente également ce risque dans des proportions plus élevées. Ainsi, malgré une intensité de travail moyenne, ces intervenants ont plus de chances de ressentir une pénibilité élevée que les salariés ayant des rythmes de travail plus intenses. Pourtant, les principales dimensions professionnelles de leur emploi (temps de travail, poids des ADL, nombre et type de personnes aidées) sont moins contraignantes. En revanche, l'enquête montre une surreprésentation d'intervenants en moins bonne santé dans cette catégorie de salariés (26 % s'estiment en moins bonne santé contre 19 % des intervenants à forte intensité de travail). Ces salariés vulnérables sont plus sensibles aux effets de l'intensité de leur rythme de travail, ce qui renvoie dans le modèle à la forte probabilité de ressentir une pénibilité élevée. Aussi, ces salariés sont en général sans qualification et une partie non négligeable d'entre eux a un statut précaire (un tiers est en CDD contre 16 % chez les autres salariés). Or, le manque de qualification et la précarité de l'emploi ne mettent pas le salarié dans une position favorable afin de négocier ses conditions de travail (la possibilité de refuser les interventions trop pénibles par exemple ou les demandes contraignantes de l'usager, *cf. infra*).

Concernant l'âge, les différences sont très marginales, au contraire de l'ancienneté : la pénibilité augmente de façon importante et continue avec celle-ci.

Par ailleurs, le nombre de personnes aidées dans la semaine, le fait de travailler en mode prestataire exclusivement ou en mode mandataire ou mixte, d'avoir une demande psychologique importante (modalité incluse dans le modèle de risque d'épuisement professionnel de Karasek, voir *infra*), d'avoir une part des aides aux ADL importante, d'être diplômé et de connaître des variations de revenus importantes d'un mois sur l'autre sont également des facteurs explicatifs d'augmentation de la pénibilité ressentie. Dans ce modèle, le type de personnes aidées n'est en revanche pas une variable significative (personnes fragiles exclusivement ou un public diversifié : personnes fragiles et non fragiles)[8].

On peut penser que l'activité auprès des personnes non fragiles, soit l'équivalent d'un peu plus d'une heure de travail par semaine en moyenne selon les données de l'enquête, peut avoir un effet compensatoire sur la pénibilité ressentie : la demande psychologique serait moins importante. Mais les intervenants auprès d'un public diversifié réalisent plus d'interventions, soit 8 personnes aidées en moyenne par semaine dont 5 personnes fragiles et 3 personnes non fragiles, alors que les intervenants spécialisés aident 6 personnes en moyenne par semaine[9]. Selon l'enquête, la spécialisation dans l'aide aux personnes fragiles exclusivement implique une activité contenant plus d'ADL alors que la diversification du public pris en charge est associée à un nombre d'heures et de personnes aidées plus important. Le sentiment de pénibilité peut donc être influencé différemment (à travers le poids des ADL ou le volume des interventions) selon que le salarié soit spécialisé ou intervenant auprès d'un public diversifié.

8. Dans le modèle, le type de personnes aidées est une variable complémentaire à la variable « part des ADL dans l'activité de l'intervenant ». En supprimant cette dernière variable, le type de personnes aidées reste toujours une variable non significative.

9. Les intervenants auprès des personnes fragiles exclusivement (emploi spécialisé) représentent 70 % de l'effectif et les intervenants auprès des personnes fragiles et non fragiles (public diversifié) 30 %. Les intervenants spécialisés travaillent 26 heures par semaine auprès de 6 personnes en moyenne et 32 % de leur activité sont des ADL. Les intervenants auprès d'un public diversifié aident 8 personnes en moyenne, travaillent 28 heures par semaine (dont 8,5 heures d'aide aux personnes non fragiles) et les ADL représentent 27 % de leur activité.

TABLEAU 10

Classification des salariés par comparaison avec les médianes de l'enquête IAD

en %

Catégorie au sens de Karasek	Demande psychologique	Latitude décisionnelle	Prestataire exclusivement	Direct exclusivement	Mandataire ou mixte	Ensemble
Actifs	+	+	34,0	13,8	27,6	26,7
Détendus	-	+	15,9	23,1	17,6	18,3
Passifs	-	-	13,6	42,7	20,5	23,1
Tendus	+	-	36,5	20,5	34,3	31,9
Total			100,0	100,0	100,0	100,0

Les signes + et - représentent l'écart par rapport à la médiane : les salariés dits actifs ont une demande psychologique et une latitude décisionnelle supérieures aux médianes de l'échantillon.

Lecture • 34 % des salariés en mode prestataire associent une demande psychologique supérieure à la médiane des aides à domicile et une latitude décisionnelle supérieure à la médiane. Ils sont caractérisés d'« actifs » dans le modèle de Karasek.

Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008



Le risque d'épuisement professionnel est plus présent dans le mode prestataire que dans l'emploi direct

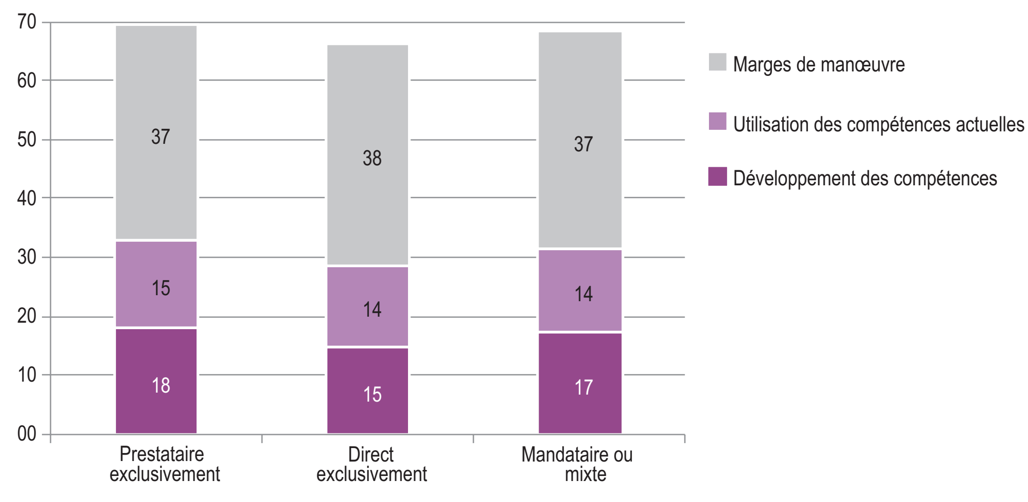
Le risque d'épuisement professionnel des aides à domicile peut être approché dans l'enquête par le modèle de Karasek, qui repose sur la notion d'équilibre entre deux dimensions du travail : d'un côté, la demande psychologique ou l'exigence au travail (quantité de travail, contraintes temporelles, etc.), de l'autre la latitude décisionnelle ou le contrôle sur son travail (possibilité de prendre des décisions, d'avoir les moyens pour réaliser son travail, etc.) [encadré 3]. Le modèle de Karasek est relatif : on compare la situation des salariés par rapport aux médianes – calculées sur l'ensemble des salariés étudiés – des scores de la demande psychologique d'une part, et de la latitude décisionnelle d'autre part. En d'autres termes, un salarié ne sera pas situé dans la même catégorie si l'on prend comme base l'ensemble des salariés toutes professions confondues ou uniquement les salariés appartenant à la profession étudiée.

Une situation de travail marquée par un déséquilibre entre des exigences élevées et une faible latitude décisionnelle expose les salariés à un risque de stress et à plus long terme à des troubles de santé ou à des troubles musculo-squelettiques. L'existence d'un soutien social (collègues, encadrement) peut réduire ce déséquilibre.

GRAPHIQUE 5

Les scores des sous-dimensions de la latitude décisionnelle

(moyennes par mode d'intervention)

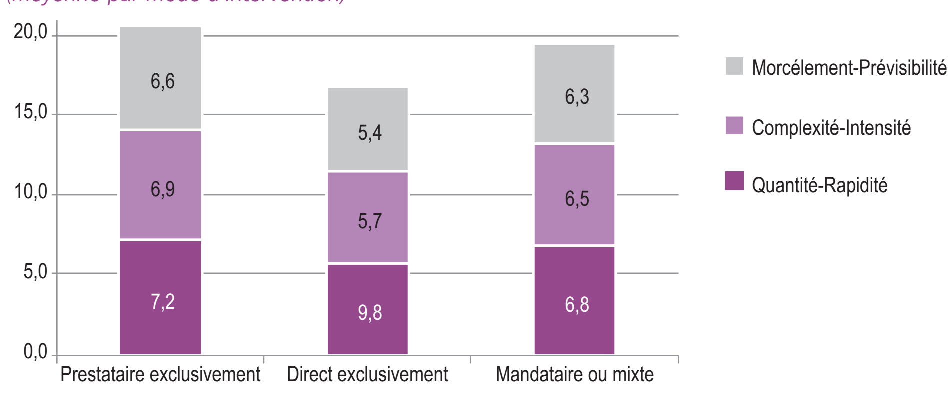


Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

GRAPHIQUE 6

Les scores des sous-dimensions de la demande psychologique

(moyenne par mode d'intervention)



Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

Le risque d'épuisement professionnel est une forme de risque psychosocial particulièrement diffus au sein des métiers de soin (Delbrouck, 2008). Pour autant, l'étude SUMER (2003), la principale étude conduite sur l'ensemble des salariés en France, classe les aides à domicile dans la catégorie des salariés dits « passifs », caractérisés par la conjonction d'une faible demande psychologique du travail et une faible latitude décisionnelle. Cependant, cette étude ne permet pas de mettre en évidence la diversité des situations au sein de l'aide à domicile, notamment entre les modes de prestation. En prenant comme population de référence uniquement les aides à domicile, l'enquête IAD permet d'identifier les salariés de cette profession les plus à risque de tension au travail ou *job strain* comparativement aux autres aides à domicile[10], c'est-à-dire de déséquilibre entre exigences et contrôle au travail.

La proportion des aides à domicile dits passifs représente moins d'un quart des intervenants alors que les tendus et les actifs sont plus nombreux (tableau 10). Cette répartition est toutefois assez différente selon les modes d'intervention. Une grande partie des salariés en mode direct sont des passifs (43 %) alors que les salariés en mode prestataire sont en majorité des actifs ou des tendus (respectivement 34 % et 37 %). Le mode mandataire ou mixte se caractérise aussi par la prédominance de ces deux situations de travail mais dans des proportions légèrement moindres. Un peu plus d'un tiers des salariés en mode prestataire et des salariés en mode mandataire ou mixte peuvent donc être considérés en situation de risque d'épuisement professionnel[11], respectivement, 37 % et 34 % d'entre eux étant dans la catégorie des « tendus » au sens de Karasek.

Cette classification confirme les résultats développés précédemment en ce qui concerne les difficultés d'ordre relationnel rencontrées au domicile des personnes aidées (tableau 1 *supra*, difficultés relatives aux demandes des personnes aidées), les salariés en mode prestataire étant les plus confrontés à ces difficultés.

L'analyse des sous-dimensions du questionnaire de Karasek permet d'appréhender les différences

TABLEAU 11

Les situations de Karasek selon l'âge et l'ancienneté

en %

		Actifs	Détendus	Passifs	Tendus	Ensemble
Age	Moins de 35 ans	34,1	12,3	16,8	36,8	100,0
	35 à moins de 45 ans	26,5	22,0	21,6	29,9	100,0
	45 à moins de 50 ans	25,0	18,5	26,8	29,7	100,0
	50 ans et plus	24,7	17,8	25,1	32,4	100,0
Ancienneté	Moins de 3 ans	20,9	18,7	30,8	29,7	100,0
	3 à 8 ans	27,1	16,4	21,9	34,6	100,0
	8 à 15 ans	25,3	21,1	24,0	29,6	100,0
	15 ans et plus	32,9	17,4	17,6	32,1	100,0
Moyenne		26,7	18,3	23,1	31,9	100,0

Lecture • 34,1 % des aides à domicile de moins de 35 ans sont des « actifs » au sens de Karasek, 12,3 % sont des « détendus », 16,8 % des « passifs » et 36,8 % des « tendus ».
Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

TABLEAU 12

Les catégories de Karasek selon le type de diplôme

en %

	Actifs	Détendus	Passifs	Tendus	Ensemble
Avec diplôme sanitaire ou social	37,6	15,3	14,1	33,0	100,0
dont DEAVS	41,4	14,8	13,0	30,9	100,0
dont Autre diplôme sanitaire ou social	32,7	16,1	15,6	35,6	100,0
Sans diplôme sanitaire ou social	20,1	20,1	28,7	31,2	100,0
Ensemble	26,7	18,3	23,1	31,9	100,0

Lecture • 37,6 % des titulaires d'un diplôme sanitaire ou social sont des « actifs » au sens de Karasek, 15,3 % sont des « détendus », 14,1 % des « passifs » et 33 % des « tendus ».
Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

10. Et non comparativement à l'ensemble des salariés comme dans l'enquête SUMER. Si l'on restait sur l'ensemble du champ salarié Français, les aides à domicile resteraient en grande partie dans les salariés dits « passifs ».

11. Le risque d'épuisement professionnel est apprécié en comparaison aux médianes de l'enquête (encadré 2), c'est-à-dire uniquement par rapport à la situation médiane des aides à domicile.

TABLEAU 13

La classification de Karasek selon l'intensité du travail

en %

Nombre d'heures et de jours travaillés	Intensité journalière moyenne	Actifs	Détendus	Passifs	Tendus	Ensemble
Temps élevé et semaine courte	Très élevée : 8,9 h/j	33,4	16,1	20,7	29,8	100,0
Temps élevé et semaine standard	Élevée : 6,7 h/j	36,9	18,8	11,0	33,3	100,0
Temps élevé et semaine longue	Élevée : 6,1 h/j	32,7	17,0	17,9	32,4	100,0
Temps faible et semaine courte	Moyenne : 4 h/j	18,1	20,1	31,6	30,2	100,0
Temps faible et semaine standard	Moyenne : 3,7 h/j	20,2	17,7	31,5	30,7	100,0
Temps faible et semaine longue	Faible : 3 h/j	16,8	21,6	31,5	30,0	100,0
Ensemble	5,2 h/j	26,7	18,3	23,1	31,9	100,0

Lecture • 33,4 % des aides à domicile qui ont une intensité de travail très élevée (nombre d'heures travaillées moyen de 8,9 heures/jour) sont des « actifs » au sens de Karasek.
Champ • Aides à domicile ayant travaillé le mois précédant l'enquête.
Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

TABLEAU 14

Probabilité du risque d'épuisement professionnel mesurée par le modèle Logit

Paramètres	Odds ratio	Significativité	Paramètres	Odds ratio	Significativité
Constante		***	**Type de personnes aidées**		
Mode d'exercice			Fragiles exclusivement	1,349	*
Prestataire exclusivement	1,468	*	Fragiles et non fragiles	Réf	
Mandataire ou mixte	1,334	ns	**Age**		
Direct exclusivement	Réf		Moins de 35 ans	1,264	ns
Pénibilité ressentie			35 à moins de 45 ans	0,896	ns
Élevée	1,951	***	45 à moins de 50 ans	Réf	
Moyenne	2,006	***	50 ans et plus	1,124	ns
Faible	Réf		**Ancienneté**		
Intensité hebdomadaire			Moins de 3 ans	Réf	
Plus de 26 heures en moins de 5 jours	0,823	ns	De 3 à moins de 8 ans	1,210	ns
Plus de 26 heures en 5 jours	0,802	ns	De 8 à moins de 15 ans	0,908	ns
Plus de 26 heures en plus de 5 jours	0,853	ns	15 ans et plus	0,989	ns
Moins de 26 heures en moins de 5 jours	0,960	ns	**Diplôme**		
Moins de 26 heures en 5 jours	0,939	ns	DEAVS	0,690	**
Moins de 26 heures en plus de 5 jours	Réf		BEP carrière sanitaire et sociale	0,839	ns
Nombre de personnes aidées			Titre Professionnel d'assistante de vie	0,519	*
Supérieur à 8 personnes	1,786	***	Autres diplômes sanitaire ou social	1,273	ns
De 4 à 7 personnes	1,551	**	Pas de diplôme sanitaire ou social	Réf	
Moins de 4 personnes	Réf		**Autre emploi que l'aide à domicile**		
Part ADL			Oui	1,326	ns
Pas d'ADL	Réf		Non	Réf	
Moins de 30 %	1,148	ns	**Les revenus varient-ils beaucoup d'un mois à un autre ?**		
Supérieur à 30 %	1,158	ns	Oui	1,167	ns
			Non	Réf	

Seuils de significativité • * : 5 % ; ** : 1 % ; *** : 0,1 % ; Réf : modalité de référence.
Lecture • Les salariés en mode prestataire ont 1,5 fois plus de chances d'être exposés au risque d'épuisement professionnel (appartenir à la catégorie des « tendus » au sens de Karasek), toutes choses égales par ailleurs, comparativement aux salariés en mode direct exclusivement.
Champ • Aides à domicile ayant travaillé le mois précédant l'enquête.
Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

entre les modes d'intervention. La dimension « demande psychologique » sépare nettement ces modes. Sur cette dimension, le score moyen des salariés en mode direct est inférieur de 28 % à celui des salariés en mode prestataire et de 24 % à celui des salariés en mode mandataire ou mixte (graphiques 5 et 6). Les salariés du mode prestataire ressentent donc plus souvent leur travail comme fortement exigeant d'un point de vue psychologique. Concernant la dimension latitude décisionnelle, les différences entre les modes sont faibles. Cela ne veut pas dire qu'il y a

une convergence des trois modes d'intervention vers une norme. Ce fait s'explique plutôt par un effet de compensation entre les variables constitutives de la latitude décisionnelle au sens de l'indicateur de Karasek : les modes prestataire et mixte se caractérisent par un poids un peu plus élevé attribué au développement des compétences dans le travail (scores respectifs de 18 et 17 sur cette sous-dimension, contre 15 pour les aides à domicile en emploi direct exclusif) ; en comparaison, dans le mode direct les marges de manœuvre sont légèrement plus importantes que sous les deux autres modes, mais la différence est peu significative (score de 38 pour cette sous dimension contre 37 dans les deux autres modes d'intervention). Cette analyse confirme les hypothèses avancées dans plusieurs études selon lesquelles les salariés en emploi direct ont une relative autonomie dans le choix des horaires d'intervention, des lieux de travail et des personnes à aider. À l'opposé, les salariés en mode prestataire disposent d'un avantage en termes de qualification et de distance vis-à-vis de l'aide apportée (Avril, 2008), ce qui est une forme de protection contre la pression psychologique.

Plus d'aides à domicile « actifs » parmi les plus jeunes et les diplômés

Le risque d'épuisement professionnel dépend de l'organisation du travail mais aussi des caractéristiques individuelles des salariés. Les jeunes sont plus nombreux à être exposés à ce risque malgré la plus grande proportion de diplômés parmi eux (tableau 11)[12] : 37% des moins de 35 ans sont « tendus ». Ils sont également plus nombreux à se situer parmi les aides à domicile « actifs », c'est-à-dire disposant d'une latitude décisionnelle plus élevée (34 %). L'ancienneté semble jouer un rôle plus ambigu dans le classement des aides à domicile : s'il y a, en moyenne, relativement plus d'« actifs » parmi les salariés les plus anciens et moins parmi les plus récents, on ne discerne pas de réelle tendance chez les « tendus ».

La proportion de salariés diplômés du secteur sanitaire ou social exposés au risque d'épuisement professionnel est plus élevée comparativement aux salariés non diplômés de ce secteur (33 %

TABLEAU 15

Le risque d'épuisement professionnel selon les variables comportementales de l'enquête

en %

Variables	Réponses	Actifs	Tendus	Pénibilité élevée
Difficultés suite à des demandes hors rôle de l'aide à domicile de la part de la personne aidée ou de son entourage	Oui	35,1	37,9	50,2
	Non	20,5	27,3	22,7
Difficultés suite à des demandes que l'aide à domicile ne voulait pas effectuer de la part de la personne aidée ou de son entourage	Oui	36,0	38,3	54,1
	Non	21,6	28,2	23,4
Difficultés suite à un changement de l'état de santé de la personne aidée	Oui	34,3	36,5	50,2
	Non	19,9	27,5	19,8
Agression verbale de la part de la personne aidée ou de son entourage	Oui souvent	46,0	35,2	52,7
	Oui parfois	37,7	32,2	49,5
	Non jamais	18,2	31,4	23,4
Agression physique de la part de la personne aidée ou de son entourage	Oui souvent	48,0	32,4	58,6
	Oui parfois	40,2	35,1	53,8
	Non jamais	24,6	31,3	31,5
Comportements ou paroles déplacées de la part de la personne aidée ou de son entourage	Oui souvent	53,4	25,7	46,4
	Oui parfois	36,3	35,9	56,5
	Non jamais	19,8	29,9	21,3
Intervention auprès d'une personne aidée maltraitée	Oui souvent	45,1	28,0	53,0
	Oui parfois	44,6	31,4	58,9
	Non jamais	20,7	31,9	26,2

Lecture • 35,1 % des aides à domicile ayant déclaré avoir rencontré des difficultés liées à des demandes de la personne aidée ou de sa famille en dehors du rôle dévolu au métier sont des « actifs » au sens de Karasek. 50,2 % sont classés comme éprouvant une pénibilité élevée dans leur travail.
Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

12. Ce constat vaut pour l'ensemble des familles de métier selon l'enquête SUMER 2003.

contre 31 %) [tableau 12]. Mais au sein de ces diplômés le risque d'épuisement professionnel des titulaires d'un Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) est moindre et rejoint celui des non diplômés du secteur.

Dans le même temps, la proportion d'« actifs » (exigences et latitude décisionnelle élevées) est substantiellement plus élevée chez les diplômés que chez les non diplômés (38 % contre 20 %). Le diplôme joue donc un rôle ambigu dans la régulation des exigences de travail. Pour certains salariés, les « actifs » en l'occurrence, le diplôme accroît les ressources par rapport aux exigences du travail. Pour les salariés dits « tendus », le diplôme accroît certes ces ressources, mais dans une proportion moins importante que les exigences. Il s'agit de salariés qualifiés mais qui restent confrontés à des contraintes éprouvantes dans leur travail quotidien. Par rapport aux autres diplômes, le DEAVS semble fournir plus d'armes pour faire face aux exigences professionnelles. 41 % sont classés parmi les « actifs » et 31 % parmi les « tendus », alors que 33 % des autres diplômés du secteur sanitaire ou social sont parmi les « actifs » et 36 % parmi les « tendus ».

L'intensité du travail ne semble pas jouer sur le risque d'épuisement professionnel

Les salariés en risque de *job strain* ne mènent pas tous des plannings intenses (tableau 13) : qu'ils aient une intensité de travail journalière faible, moyenne ou élevée, les proportions de « tendus » sont sensiblement les mêmes. En revanche, la part des « actifs » augmente avec cette intensité.

Les différents effets des caractéristiques professionnelles, organisationnelles et personnelles des salariés apparaissent plus nettement dans le modèle toutes choses égales par ailleurs (tableau 14). Trois caractéristiques socioprofessionnelles influencent significativement le risque d'épuisement professionnel : le nombre de personnes aidées, le fait d'intervenir exclusivement auprès des personnes fragiles et le statut de salarié en mode prestataire exclusivement. Ainsi, la probabilité de figurer parmi les aides à domicile « tendus » au sens de Karasek

TABLEAU 16

Avez-vous l'occasion d'aborder collectivement, avec d'autres personnes de votre service, les difficultés liées aux relations avec les personnes aidées ou leur famille ?

	Prestataire exclusivement	Mandataire ou mixte	Ensemble hors direct*
Non	28,3	42,9	35,8
Oui, mais dans un cadre non organisé	5,5	9,3	7,5
Oui, régulièrement ou ponctuellement dans le cadre de réunions organisées par la structure	66,2	47,8	56,7
Total	100,0	100,0	100,0

* Les salariés en mode direct exclusif ne sont pas concernés par la question.
Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

TABLEAU 17

Proportion de salariés « tendus » au sens de Karasek selon l'existence ou non de réunions organisées autour des difficultés au travail

en % de « tendus »

	Prestataire exclusivement	Mandataire ou mixte	Ensemble hors direct*
Absence d'échanges sur les difficultés rencontrées au domicile des personnes aidées ou échanges dans un cadre non organisé	38,9	32,7	35,0
Réunions organisées par la structure sur les difficultés rencontrées au domicile des personnes aidées	35,2	36,0	35,6
Ensemble	36,5	34,3	35,3

* Les salariés en mode direct exclusif ne sont pas concernés.
Lecture • 38,9 % des salariés en mode prestataire qui n'ont pas l'occasion d'aborder collectivement leurs difficultés au travail ou qui échangent dans un cadre non organisé par la structure sont tendus.
Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

TABLEAU 18

Proportion de salariés « tendus » au sens de Karasek selon les modes de résolution des difficultés rencontrées au domicile des personnes

en % de « tendus »

	Prestataire exclusivement	Direct exclusivement	Mandataire ou mixte	Ensemble
Vous en avez parlé à un responsable	38,0	20,9*	39,4	38,4
Vous en avez parlé à un collègue	28,1	20,4	35,2	31,1
Vous en avez parlé à un autre intervenant (ex. médical) auprès de la personne concernée	34,2	20,9	38,6	34,0
Vous en avez parlé avec la personne aidée	34,9	32,0	37,7	35,6
Vous en avez parlé à l'entourage de la personne aidée	32,8	23,0	32,7	31,1
Vous n'avez pas modifié vos interventions	34,1	37,1	23,2	30,8
Vous avez effectué les tâches supplémentaires demandées	40,3	27,1	30,0	32,3
A procédé autrement	-	22,9	18,5	15,1
Ensemble**	35,4	24,9	35,5	34,4

* Confusion possible des répondants. Le responsable est confondu avec la personne aidée, sa famille ou un autre intervenant.
Lecture • 38 % des salariés en mode prestataire qui ont sollicité un responsable pour résoudre leurs difficultés sont tendus.
Champ • Aides à domicile ayant rencontré des difficultés au domicile des personnes aidées, suite à des demandes hors rôle de l'aide à domicile ou non voulues, ou suite à une dégradation de l'état de santé de la personne aidée.
Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

TABLEAU 19

Sentiment de douleur et prise de médicaments en fonction du degré de pénibilité ressentie

en %

		Pénibilité faible	Pénibilité moyenne	Pénibilité élevée	Total
Effectuez-vous des mouvements douloureux ou fatigants ?	Toujours ou souvent	16,5	30,1	53,4	100,0
	Rarement ou jamais	50,8	32,1	17,1	100,0
Au cours de ces 12 derniers mois, avez-vous souvent ressenti des douleurs ?	Oui	28,8	32,0	39,3	100,0
	Non	53,1	28,5	18,4	100,0
Au cours de ces 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments contre les douleurs ?	Souvent	27,6	31,8	40,6	100,0
	Parfois	28,2	30,1	41,7	100,0
	Rarement	36,4	29,6	34,0	100,0
	Jamais	43,7	32,2	24,0	100,0
Ensemble		34,3	31,2	34,5	100,0

Lecture • 16,5 % des salariés qui déclarent effectuer toujours ou souvent des mouvements douloureux ou fatigants ressentent une faible pénibilité.
Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

TABLEAU 20

Les arrêts de travail selon l'exposition aux risques professionnels

Indicateurs		% de salariés ayant eu un arrêt de travail au cours des 12 derniers mois	Durée moyenne des arrêts de travail (nombre de semaines)
Pénibilité ressentie (indicateur de pénibilité)	Faible	20,1	4,1
	Moyenne	34,6	3,8
	Élevée	46,0	4,6
Risque d'épuisement professionnel (indicateurs de Karasek)	Actifs	38,6	6,0
	Détendus	27,7	3,7
	Passifs	23,7	3,0
	Tendus	39,9	6,0
Ensemble		33,6	4,2

Lecture • 20,1 % des salariés à faible pénibilité ressentie ont eu un arrêt de travail au cours des 12 derniers mois. La durée moyenne de ces arrêts est de 4,1 semaines.
Source • Enquête DREES auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées, 2008.

est environ 1,5 fois plus élevée en mode prestataire qu'en emploi direct ; s'occuper de 4 personnes ou plus dans la semaine augmente également cette probabilité d'au moins 55 % par rapport à ceux qui aident moins de 4 personnes ; et le fait de s'occuper exclusivement des personnes fragiles multiplie ce risque par 1,35 comparativement à la situation où le salarié alterne des interventions auprès des personnes fragiles et non fragiles. Ces caracté-

ristiques sont celles d'un emploi qualifié avec un temps de travail relativement important et une activité centrée sur les ADL. L'effet de ces deux dernières caractéristiques n'est pas significatif selon le modèle. En revanche, le DEAVS diminue le risque d'épuisement professionnel de 30 % par rapport aux aides à domicile sans diplôme, toutes choses égales par ailleurs.
La pénibilité ressentie du travail apparaît logiquement comme une caractéristique professionnelle qui augmente le risque d'épuisement professionnel.
L'âge, l'ancienneté, le fait d'exercer un autre emploi que celui d'aide à domicile ou la variation importante du salaire (donc du temps de travail) n'ont pas d'effets significatifs sur le risque d'épuisement professionnel selon ce modèle.

Les contraintes liées aux demandes des personnes aidées comme facteurs de pénibilité et de risque d'épuisement professionnel

Outre les contraintes organisationnelles, professionnelles et personnelles, les contraintes liées aux demandes des personnes aidées ou de leur famille contribuent à augmenter la pénibilité du travail et le risque d'épuisement professionnel (tableau 15).
Les salariés confrontés aux contraintes liées aux demandes des personnes aidées ou de leur entourage sont systématiquement plus nombreux que la moyenne du métier à être exposés à un niveau élevé de pénibilité ressentie et au risque d'épuisement professionnel. À titre d'exemple, un salarié sur deux qui a rencontré des difficultés liées aux demandes qui sortaient du rôle de l'aide à domicile, de la part de la personne aidée ou de sa famille, ressent une pénibilité élevée, contre moins d'un quart de ceux qui n'ont pas rencontré ce type de contrainte. Au total, 43 % des salariés qui font état d'une ou plusieurs difficultés ou agressions ressentent une pénibilité élevée dans leur travail, contre 6 % de ceux pour qui ces difficultés n'arrivent jamais[13].
Ces demandes, exprimées par la personne aidée ou sa famille, sont des exigences au travail que certains salariés n'ont pas le choix de repousser. Les intervenants ayant rencontré des difficultés au domicile des personnes se retrouvent majoritairement dans les catégories des « actifs » et des « tendus » au sens de Karasek (forte demande psychologique plus ou moins compensée par une latitude décisionnelle). Globalement, 37 % des aides à domicile ayant rencontré au moins une de ces difficultés ou agressions sont considérés comme « tendus », contre 19 % de ceux qui n'ont pas eu à subir ces difficultés.

Le soutien des responsables ou des collègues ne suffit pas toujours à éviter les risques d'épuisement

Lorsqu'elles sont possibles, les réunions organisées par les structures d'aide à domicile constituent un cadre favorable au déploiement du soutien social pour les salariés en difficulté. Ce type d'actions apparaît assez fréquent dans le métier (hors mode direct) : deux tiers des salariés en mode prestataire et près de la moitié des salariés en mode mandataire ou mixte affirment avoir eu l'occasion d'aborder leurs difficultés dans le cadre de réunions organisées (tableau 16).
Pour l'Institut National de recherche et de Sécurité (INRS), les réunions organisées, de type « groupes de parole », soulagent de l'anxiété notamment chez les intervenants auprès des personnes fragilisées (INRS, 2005). Comme le montre l'enquête, le risque d'épuisement professionnel dans le mode prestataire est moins élevé quand les salariés bénéficient de ce type de soutien, par comparaison à ceux qui n'en bénéficient pas, même si l'effet est limité (la proportion de salariés « tendus » passe de 39 % à 35 % si l'on met en place ce type de réunion) [tableau 17]. Cependant, l'effet de ce soutien organisé ne semble pas bénéfique dans le mode mandataire, où la proportion de salariés « tendus » est même plus élevée pour ceux qui bénéficient de ces réunions. De façon générale, cette comparaison doit être prise avec prudence car il est probable qu'il y ait une surreprésentation d'intervenants connaissant des difficultés dans leur travail parmi ceux assistant à ce type de réunion.

13. Un peu moins de 23 % des intervenants déclarent n'avoir jamais été confrontés à l'un des sept types de difficultés relationnelles énumérées dans le questionnaire (demandes excessives de la personne aidée, comportement ou parole déplacée, agression, etc., tableau 15).

Une autre forme de soutien social est la possibilité de solliciter un responsable ou des collègues de travail en cas de difficultés. Si les principaux modes de résolutions des difficultés dans le mode prestataire, mandataire ou mixte sont le recours à un responsable ou la négociation des solutions avec la famille ou la personne aidée, le soutien d'un collègue de travail est un recours peu courant (16 % des répondants environ). Dans le mode direct, la principale solution aux difficultés consiste à accepter les demandes de la personne aidée et/ou négocier l'évolution de l'intervention avec celle-ci ou sa famille.

Dans les modes prestataire et mandataire ou mixte, les salariés qui ont sollicité le soutien d'un responsable pour résoudre leurs difficultés au domicile des personnes sont un peu plus nombreux que la moyenne à être exposés au risque d'épuisement professionnel (tableau 18). On peut penser que ceux qui font appel à une aide extérieure pour résoudre leurs difficultés sont ceux pour lesquels ces difficultés apparaissent le plus souvent ou sous des formes plus intenses, se retrouvant plus facilement démunis face à ces situations. L'intermédiation du responsable ne résout pas toujours les difficultés, ce qui expliquerait la proportion plus élevée de salariés « tendus ». Par opposition, on peut aussi penser que cette intermédiation implique dans certains cas une moindre autonomie décisionnelle du salarié à gérer sa relation avec la personne aidée.

En revanche, le soutien apporté par les collègues de travail diminue significativement la proportion de *job strain* dans le prestataire (28 % de salariés tendus contre une moyenne de 35 %). Cela montre l'importance du collectif de travail comme ressource à la régulation de la demande psychologique. L'effet n'est par contre pas significatif dans les modes d'emploi mandataire ou mixte.

Dans le mode d'emploi direct, le risque d'épuisement est plus important pour ceux qui déclarent ne pas avoir accepté les modifications de l'intervention demandées par la personne aidée ou sa famille (37 % contre 25 % en moyenne). Le fait d'en parler avec la personne aidée ou encore d'accepter ces modifications en effectuant les tâches supplémentaires demandées augmente aussi le risque d'épuisement (respectivement 32 % et 27 %). Ces solutions apaisent probablement la tension avec la personne ou sa famille en contrepartie d'une demande psychologique supplémentaire pour le salarié. Par ailleurs, la sollicitation d'un tiers (l'entourage de la personne ou un autre professionnel) dans la relation directe modère le risque d'épuisement dans ce mode.

Environ une semaine et demie par an d'arrêt

Dans l'enquête, les salariés évaluent leur état de santé sur une échelle de 1 à 10 (1 indiquant une mauvaise santé perçue et 10 une bonne santé perçue). En fonction de la distribution des aides à domicile autour de la moyenne (la classe moyenne correspondant aux notes comprises entre 7 et 8), trois classes sont définies : mauvaise, moyenne et bonne santé perçue. En moyenne, 23 % des intervenants se déclarent en relativement moins bonne santé. Cette proportion s'élève à 29 % chez les salariés exposés à une pénibilité ressentie élevée et à 26 % chez les salariés exposés au risque d'épuisement professionnel.

Les salariés connaissant une pénibilité élevée du travail sont aussi ceux qui déclarent le plus de problèmes de santé. Le sentiment de fatigue, de douleur concerne en grande partie des salariés qui estiment leur travail comme étant pénible (tableau 19) : 53 % des salariés qui effectuent souvent ou toujours des mouvements douloureux et fatigants et environ 40 % de ceux qui déclarent avoir souvent ressenti des douleurs ou avoir pris souvent ou parfois des médicaments contre la douleur au cours de l'année écoulée indiquent par ailleurs une pénibilité élevée de leur travail. Les douleurs au niveau du dos sont les plus fréquentes : parmi les salariés qui affirment avoir ressenti des douleurs, 81 % les ont ressenties au niveau du dos, 57 % au niveau des membres supérieurs et 39 % au niveau des membres inférieurs.

Un tiers des salariés déclarent avoir connu au moins un arrêt de travail au cours des douze derniers mois (contre environ un quart des salariés du secteur privé[14]). Dans le mode prestataire, cette proportion est de 45 % contre 17 % dans le mode d'emploi direct exclusif et 33 % dans le mode mandataire ou mixte. Pour les salariés en mode prestataire, les contraintes plus fortes du métier ajoutées à la possibilité

14. Ali Ben Halima M., Debrand T., Regaert C., 2011 : « Arrêts maladie : comprendre les disparités départementales », IRDES, *Document de travail*, n° 39, février.

de se faire remplacer peuvent expliquer ce taux élevé[15]. En outre, le fait d'avoir un contrat à durée indéterminée, qui est le contrat de travail le plus courant dans le mode prestataire, diminue la crainte de perte d'emploi ou de revenus en cas d'arrêt.

Ces arrêts de travail sont plus fréquents chez les salariés exposés à la pénibilité et au risque d'épuisement professionnel (tableau 20). 46% des intervenants à pénibilité ressentie élevée et 40% des «tendus» au sens de Karasek ont connu au moins un arrêt de travail au cours des douze derniers mois, contre 34% en moyenne. Ces arrêts sont également fréquents chez les «actifs» (39%).

La durée moyenne des arrêts de travail dans le métier d'aide à domicile est de 1,4 semaine calendaire sur un an. Elle est de 4,2 semaines chez les salariés ayant eu au moins un arrêt de travail. Toutefois, seulement 8% des arrêts de travail sont consécutifs à un accident ou à une maladie professionnelle. La grande majorité des arrêts est en effet due à une maladie non professionnelle, à la fatigue ou à d'autres raisons.

En ne considérant que les arrêts pour accidents de travail, de trajet et pour maladie professionnelle, la CNAMTS (2010) a comptabilisé 6,4 arrêts pour 100 salariés des structures de l'aide à domicile (hors soins à domicile) en 2008[16]. Dans l'enquête IAD, on compte 8 aides à domicile s'étant arrêté pour accident du travail ou maladie professionnelle au cours de l'année écoulée pour 100 intervenants[17]. Cette proportion est de 13% dans le mode prestataire, contre 3% dans le mode direct et 7% dans le mode mandataire ou mixte.

15. 98% des salariés en prestataire sont remplacés par un collègue pendant un arrêt maladie. Par opposition, 46% des salariés en emploi direct ne sont, en général, pas remplacés.

16. Les données administratives de la CNAMTS soulignent le caractère plus accidentogène de l'activité d'aide à domicile (en structure) comparée aux autres professions salariées. En 2008, on compte 5,2 accidents de travail pour 100 salariés des structures d'aide à domicile contre 3,8 accidents dans l'ensemble des branches professionnelles (champ couvert par la CNAMTS). L'étude de la CNAMTS (2010) montre une « sur-sinistralité » au sein de la population salariale des structures d'aide à domicile. En effet, l'indice de fréquence, le taux de fréquence et le taux de gravité des accidents du travail sont respectivement supérieurs de 36%, 46% et 64% comparé à l'ensemble des secteurs d'activités.

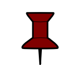
17. Il s'agit d'auto-déclarations des répondants. La question posée était de savoir si au moins un arrêt de travail déclaré était consécutif à un accident ou à une maladie professionnelle. Par conséquent, si le salarié a eu plusieurs arrêts pour cause d'accident ou de maladie professionnelle, l'enquête ne comptabilise qu'un seul arrêt. Autrement dit, l'enquête ne cherche pas à comptabiliser le nombre d'arrêts mais le nombre de salariés qui ont eu un arrêt de travail.

Bibliographie

- **Devetter F.-X. et Barrois A., 2012, Aides à domicile: un régime temporel non stabilisé qui témoigne des ambiguïtés d'une professionnalisation inachevée. Enquête IAD - DREES 2008, DREES.**
- **Charpin J.-M.; Tlili C., 2011, *Perspectives démographiques et financières de la Dépendance*, rapport pour le ministère des Solidarités et de la Cohésions sociale, La Documentation Française.**
- **DARES 2011, *Portrait statistique des métiers 1982-2009*, DARES, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.**
- **Maslach C., Leiter M., 2011, *Burnout; le syndrome d'épuisement professionnel*, Arenes, Paris.**
- **CNAMTS 2010, «Sinistralité 2008 des structures d'aide et de soins à domicile (SSAD)», étude réalisée par la CNAMTS, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.**
- **Marquier R., 2010a, «Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008», *Études et Résultats*, Drees, n° 728, juin.**
- **Marquier R., 2010b, «Les activités des aides à domicile en 2008», *Études et Résultats*, Drees, n° 741, octobre.**
- **Puissant E., 2010, «La relation associative d'aide à domicile. Spécificités, remises en cause, résistances», thèse de doctorat en sciences économiques, université de Grenoble.**
- **Devetter F.-X., Jany-Catrice F., Ribault T., 2009, *Les services à la personne*, Paris, La Découverte, Repères.**
- **Dussuet A., Noguès H., 2009, «Quel est l'impact des politiques sociales sur la santé des salariées intervenantes à domicile?», in Barnay, Legendre (dir.), *Emploi et politiques sociales. Défis et avenirs de la protection sociale*, L'Harmattan, Paris.**
- **Lefebvre M., 2009, «Politiques sociales et politiques d'emploi dans le champ des services à la personne: tensions et impacts sur la qualité de l'emploi», in Barnay T., Legendre F. (dir.), *Emploi et politiques sociales. Trajectoires d'emploi et rémunérations*, t. 2, L'Harmattan, Paris.**
- **Avril C., 2008 «Les aides à domicile pour personnes âgées face à la norme de sollicitude», *Retraites et sociétés*, n° 53.**
- **Clozel D., 2008, *Analyse qualitative des risques professionnels, des conditions de travail et de l'état de santé des salariés de l'aide et du soin à domicile pour soumettre plusieurs méthodes d'approche d'investigation à mener*, Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique.**
- **CNAMTS 2008, «Les risques professionnels dans les métiers de l'aide et du soin à domicile – chiffres clefs en 2006», Mission nationale de prévention des risques professionnels dans les métiers de l'aide et des soins à domicile de la Cnamts.**
- **Delbrouck M., 2008, *Le burnout du soignant: le syndrome d'épuisement professionnel*, Bruxelles: De Boeck.**
- **Devetter F.-X., Fraisse L., Gardin L., Gounouf M.-F., Jany-Catrice F., Ribault T., 2008, *L'aide à domicile face aux services à la personne. Mutations, confusions, paradoxes*, Rapport pour la DIIESES, mars 2008.**
- **Doniol-Shaw G., Lada E., Dussuet A., 2007, «Les parcours professionnels des femmes dans les métiers de l'aide à la personne. Leviers et freins à la qualification et à la promotion», Rapport de recherche LATTS, novembre.**
- **Dussuet A., 2008, «Professionnalisation et organisation du travail dans les services à la personne», dans Dumalin F., Rahou N. (coord.), *Services à la personne. Évolutions, organisation et conditions de travail*, éd. ANACT, mai 2008.**

- Dussuet A., 2007, «L'enjeu de la santé au travail dans les associations de services à domicile», JIST 2007, Londres 20-22 juin 2007.
- Arnaudo B., Hamont-Cholet S., Waltisperger D., 2006, «Contraintes posturales et articulaires au travail», Premières informations premières synthèses, DARES, 11.2, mars.
- Avril C., 2006, «Le travail des aides à domicile pour personnes âgées: contraintes et savoir-faire», *Le Mouvement Social*, 2006/3 no 216, p. 87-9
- DARES 2006, «Les expositions aux risques professionnels par famille professionnelle. Résultats SUMER 2003», document d'études, n° 121, décembre.
- Dussuet A., 2005, Travaux de femmes. Enquêtes sur les services à domicile, L'Harmattan, Paris.
- Gollac M., 2005, «L'intensité du travail: formes et effets», Rapport pour le CEE.
- INRS 2005, «Regard sur le travail: quand les aides à domicile deviennent "auxiliaires de vie sociale". Pour agir sur leurs conditions de travail et sur leur santé», note scientifique et technique n° 257, décembre.
- Avril C. 2003, «Les compétences féminines des aides à domicile», dans Weber F., Gojard S., Gramain A., *Charges de famille, dépendance et parenté dans la France contemporaine*, ed. La découverte, Paris, p. 187-207.
- Bernardo L., 2003, «La place des sentiments dans l'aide professionnelle de gré à gré», in Weber F., Gojard S., Gramain A. (dir.), *Charges de famille, dépendance et parenté dans la France contemporaine*, Paris, La Découverte, 2003, p. 362-389.
- Bressé S., 2003, «L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées», *Retraite et société*, 2006/2, n° 39, p. 119-143.
- Cartron D., Gollac M., 2003, «Intensité et conditions de travail», *Quatre Pages*, n° 58, juillet 2003, CEE.
- Gadrey J., 2003, *Socio-économie des services*, Repères, La découverte, Paris.
- Meagher G., 2003, «Friend or Flunkey?: Paid Domestic Workers in the New Economy», New South Wales Univ Pr Ltd, 224 p.
- Boisard P., Cartron D., Gollac M., Valeyre A., Besançon J.-F., 2002, *Temps et travail: l'intensité du travail*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin, Office des publications officielles des communautés européennes, Luxembourg.
- Romero M., 2002, *Maid in the USA*, New York: Routledge.
- Ennuyer B., 2001, «Les outils d'évaluation de la dépendance dans le champ de l'aide à domicile ou comment le pouvoir des experts contribue à déposséder de leur vie les gens qui vieillissent mal!», *Gérontologie et société*, 2001/4 n° 99, p. 219-232.
- Molinié A.-F., Volkoff S., 2000, «Intensité du travail et santé dans un organisme administratif: une enquête à l'Agence nationale pour l'emploi», *Pistes*, revue électronique, vol. 2, n° 1.
- Caradec V., 1996, «L'aide-ménagère: une employée ou une amie?», in Kauffman J.-C., (dir.), *Faire ou faire-faire? Famille et services*, Rennes, PUR, pp. 155-167
- Karasek R.-A., 1979, «Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign», *Administrative Science quarterly*, 24: 285-308.

Aides à domicile : un régime temporel non stabilisé qui témoigne des ambiguïtés d'une professionnalisation inachevée



L'activité du secteur de l'aide à domicile auprès des personnes fragiles (âgées et/ou handicapées) a enregistré une croissance importante depuis vingt ans (Chardon et Estrade, 2007). La volonté de laisser le libre-choix du maintien à domicile des personnes âgées reste largement affirmée et plusieurs dispositifs ont été mis en place pour financer cette politique. Les services aux personnes fragiles ont ainsi bénéficié en 2009 d'environ 3 milliards d'aide sous forme d'exonérations fiscales et sociales (soit près de la moitié des exonérations à destination de l'ensemble des employeurs de salariés à domicile [Cour des Comptes, 2010]) tandis que les départements ont versé plus de 4,9 milliards au titre du maintien à domicile (allocation personnalisée d'autonomie[1], prestation compensatrice du handicap, aides ménagères, etc.) dont 3,6 pour les personnes âgées et 1,3 milliard pour les personnes handicapées (Clément, 2011 ; DREES, 2011).

Pourtant, le secteur connaît récemment quelques freins à son développement et de nombreuses difficultés y subsistent. Les constats sont assez récurrents quant à la mauvaise qualité de l'emploi des salariés qui interviennent au domicile de ces personnes fragiles (Causse *et al.*, 1998 ; Clozel, 2008 ; Dussuet, 2005 ; Devetter *et al.*, 2008 ; Avril, 2003 ; etc.). Les rémunérations demeurent médiocres, les pénibilités physiques et psychologiques sont loin d'être négligeables (Farvaque *et al.*, 2012). Les métiers font face à un déficit très net de reconnaissance sociale (Avril, 2006 ; Dussuet, 2006). Enfin, parmi les points noirs le plus souvent relevés, les questions liées aux temps de travail sont fréquemment mises en avant : les durées sont faibles et le temps partiel demeure la norme, les horaires sont souvent morcelés voire décalés par rapport aux rythmes collectifs. Ainsi sur les différentes dimensions de ce que l'on peut nommer la disponibilité temporelle au travail (i.e. durée, localisation et prévisibilité des horaires, voir Devetter, 2002 ; Bouffartigue *et al.*, 2002) les intervenants à domicile sont confrontés à des situations particulièrement complexes.

Les enquêtes monographiques (Doniol-Show *et al.*, 2007 par exemple) soulignent le temps de travail réduit des aides à domicile tout en mettant également en évidence l'importance des contraintes temporelles (et notamment le décalage entre la faiblesse du temps de travail rémunéré et l'amplitude des journées de travail). Elles pointent aussi la tendance au fractionnement des interventions (prestations à la demi-heure, voire au quart d'heure[2]). De même, bon nombre de prestations sont liées à des temporalités relativement rigides (levers, repas, couchers) qui expliquent les contraintes fortes pesant sur les emplois du temps des salariés mais aussi sur les possibilités de gestion de la main-d'œuvre au sein des structures prestataires (Trabut, 2010). Enfin, la diversité des intervenants (formels et informels) implique des modes de coordinations bien spécifiques (Petite, 2005) qui font entrer en

1. Cette allocation qui a remplacé en 2002 la PSD (prestation spécifique dépendance), elle-même instaurée en 1997 est attribuée sur la base de critères de dépendance (grille Aggir) et variable suivant les ressources, par ailleurs, elle permet aussi de couvrir une partie des frais d'accueil en structures d'hébergement collectif.

2. L'enquête souligne ainsi que 20 % des interventions réalisées durant les journées de référence durent moins d'une heure (voir annexe 1).

concurrence les disponibilités des différents acteurs familiaux et professionnels.

Pour autant, les entretiens réalisés auprès des salariés et plus encore le discours de certains employeurs (associatifs, entreprises ou particuliers) présentent la possibilité de choisir le temps de travail comme l'un des éléments positifs de ces métiers (Bailly *et al.*, 2010). La question de la conciliation des temps est ainsi centrale pour ce secteur tant du côté des salariés confrontés à une articulation vie professionnelle/ vie familiale difficile que pour les bénéficiaires des services d'aide ou encore pour les employeurs prestataires qui font parfois face à des difficultés de recrutements non négligeables.

L'existence de discours très ambivalents sur la disponibilité temporelle au travail des aides à domicile rend ainsi nécessaire d'établir un état des lieux le plus précis possible. C'est ce qu'a permis l'enquête auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées (enquête IAD) réalisée par la DREES en 2008. Deux éléments centraux en ressortent. D'abord le décalage entre des durées de travail courtes et une emprise longue du temps professionnel sur la journée. Ce paradoxe questionne la notion et la définition du « temps plein ». Parallèlement l'enquête confirme la diversité des temps de travail dans le secteur et l'absence d'un régime temporel stabilisé. Cette hétérogénéité des pratiques illustre alors une diversité des formes d'engagement professionnel qui ne débouchent pas tous sur les mêmes perspectives de professionnalisation.

Des durées de travail hebdomadaire courtes

Les premiers résultats de l'exploitation de l'enquête IAD sont assez classiques : la durée moyenne de travail hebdomadaire en tant qu'aide à domicile est faible (25 h 22[3]) notamment au sein de l'emploi direct (18 h 00 contre 27 h 54 pour l'emploi prestataire) [tableau 1]. Le temps partiel reste en quelque sorte la « norme » du secteur bien que les salariés souhaitent pour 38 % d'entre eux travailler plus. Ainsi des enquêtes monographiques ont pu souligner que les employeurs (y compris associatifs) justifient le recours au temps partiel, jugeant souvent « impossible » de proposer des temps pleins du fait de contraintes matérielles liées aux temps de déplacement et à la fatigue provoquée par la succession des interventions au domicile des bénéficiaires (Devetter et Rousseau, 2009 ; Trabut, 2010).

D'ailleurs, si, en moyenne, les salariés en emploi direct complètent leur faible temps de travail d'aide à domicile par près de 5 heures d'une autre activité atteignant ainsi une durée de travail hebdomadaire totale de 22 h 48, l'activité des salariés en mode prestataire ou mixte est quasi exclusivement du domaine de l'aide à domicile. En moyenne, leur durée hebdomadaire totale n'est supérieure que d'environ 1 h 30 à leur durée hebdomadaire en tant qu'aide à domicile. Ainsi, le temps partiel demeure le plus fréquent y compris en intégrant l'ensemble des autres activités réalisées : un quart des salariés déclarent travailler moins de 20 heures par semaine. La difficulté à construire des temps pleins est également à nouveau illustrée : même les durées les plus longues peinent à atteindre 35 heures.

ENCADRÉ 1

Précisions méthodologiques

Les données traitées correspondent pour la plupart à des semaines et des journées dites de référence : lors de l'interrogation, chaque aide à domicile a dû décrire une journée de travail tirée au hasard lors de la dernière semaine travaillée. Prise au cas par cas, la semaine ou la journée n'est pas forcément représentative de l'activité de l'intervenant considéré, il est ainsi possible de tirer une journée atypique de très faible intensité par rapport à l'activité moyenne de l'intervenant ou au contraire de forte intensité. Toutefois, les semaines et les journées de référence étudiées dans leur ensemble permettent d'appréhender la diversité des situations rencontrées par les aides à domicile.

Ce protocole de description de l'activité journalière des aides à domicile implique cependant une certaine prudence dans l'exploitation des données. L'unité statistique est une journée d'intervention, et non un intervenant. Ainsi on ne peut pas dire, à partir de ces données spécifiques, que 18 % des intervenants travaillent moins de 3 heures par jour, mais que 18 % des journées de travail des aides à domicile durent moins de 3 heures.

Parallèlement, afin d'étudier les temps de travail plusieurs variables complémentaires ont été construites. Pour les durées hebdomadaires, il convient de distinguer la durée hebdomadaire totale (soit la totalité des heures déclarées toutes activités confondues y compris hors secteur de l'aide à domicile), la durée hebdomadaire en tant qu'aide à domicile et enfin la durée d'intervention auprès des seules personnes fragilisées. Pour les durées quotidiennes, seul le temps de travail en tant qu'aide à domicile est comptabilisé. On observe d'une part l'amplitude quotidienne (durée totale entre le début de la première intervention et la fin de la dernière donc, hors temps de trajet domicile-travail) et d'autre part la durée globale d'intervention (excluant alors les temps de déplacements entre interventions).

3. Les durées calculées dans cet article ne prennent pas en compte celles effectuées par les aides à domicile ayant travaillé uniquement de nuit lors de la journée type. Elles diffèrent donc légèrement de celles calculées dans le précédent article.

Derrière l'omniprésence du temps partiel se cachent cependant des situations assez variées. La caractéristique du secteur est justement qu'aucune durée « standard » n'émerge réellement. Les durées très courtes côtoient des durées sensiblement plus longues. Ainsi 28 % des aides à domicile travaillent moins de 20 heures (y compris en tenant compte des autres activités éventuelles) durant la semaine de référence (8,5 % moins de 10 heures), 31 % entre 20 et 30 heures, 30,5 % entre 30 et 40 heures et environ 10,5 % plus de 40 heures (graphique 1).

Cette faiblesse des durées hebdomadaires se retrouve sur la durée quotidienne de travail. La somme des temps d'interventions réalisées en tant qu'aide à domicile pendant une journée demeure souvent faible : elle est en moyenne d'un peu plus de 5 heures[4] (4 h 09 en emploi direct, contre 5 h 36 en mode prestataire et 5 h 20 en mandataire), étalée sur 7 h 13 en moyenne. La journée de travail est ainsi en apparence assez courte et concentrée durant des périodes assez standard (graphique 2). Comparativement à la plupart des autres professions, y compris des services, la durée

TABLEAU 1

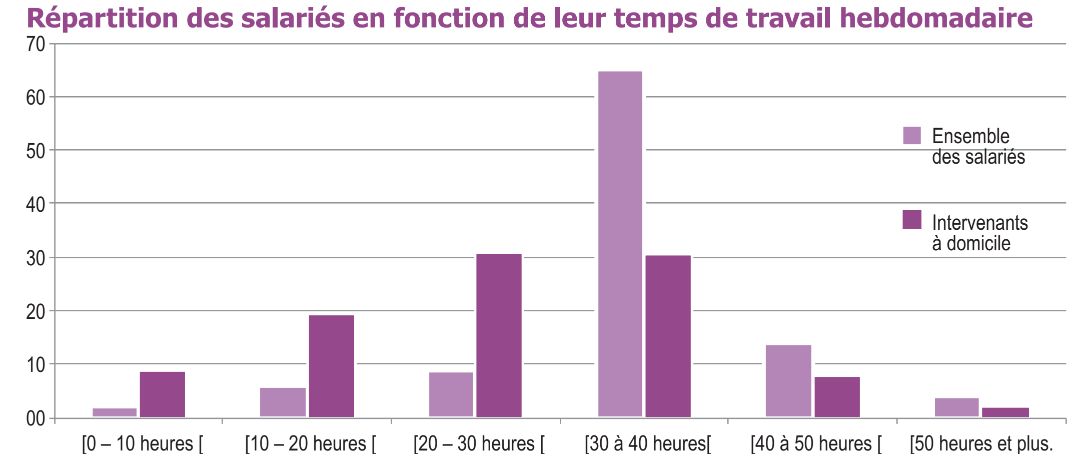
Durées du travail hebdomadaires et quotidiennes (moyennes)

	Ensemble des IAD	Prestataire exclusivement	Emploi direct exclusivement	Mandataire ou mixte
Durée hebdomadaire totale	27 h 42	29 h 24	22 h 48	29 h 00
Durée hebdomadaire en tant qu'aide à domicile	25 h 22	27 h 54	18 h 00	27 h 12
Durée hebdomadaire auprès des personnes fragilisées	24 h 04	27 h 00	15 h 55	25 h 54
Durée quotidienne en tant qu'aide à domicile	5 h 06	5 h 36	4 h 09	5 h 20
Amplitude quotidienne en tant qu'aide à domicile	7 h 13	7 h 51	5 h 22	7 h 40
% de temps partiel (1)	70,0 %	62,5 %	85,0 %	68,0 %

(1) Donnée sur les conditions de travail générales, réponse de l'aide à domicile à la question générale « travaillez-vous à temps partiel comme aide à domicile ? »
Lecture • La durée hebdomadaire moyenne de travail (toutes activités comprises) des aides à domicile est de 27 h 42, elle est de 25 h 22 lorsque l'on ne comptabilise que les activités réalisées en tant qu'aide à domicile et 24 h 04 pour les seules interventions auprès des personnes fragilisées.
Champ • Ensemble des intervenants à domicile ayant répondu aux questions relatives à la semaine et à la journée de référence et n'ayant pas travaillé uniquement de nuit durant cette journée.
Source • Enquête IAD, DREES, 2008.

GRAPHIQUE 1

Répartition des salariés en fonction de leur temps de travail hebdomadaire



Lecture • 2 % des durées de travail de l'ensemble des salariés et 9 % de celles des intervenants à domicile sont inférieures à dix heures par semaine.
Champ • Ensemble des intervenants à domicile ayant répondu aux questions relatives à la semaine de référence.
Source • Enquête emploi 2009, INSEE et Enquête IAD, DREES, 2008.

4. Ce temps d'intervention ne tient pas compte du temps consacré à une autre activité éventuelle.

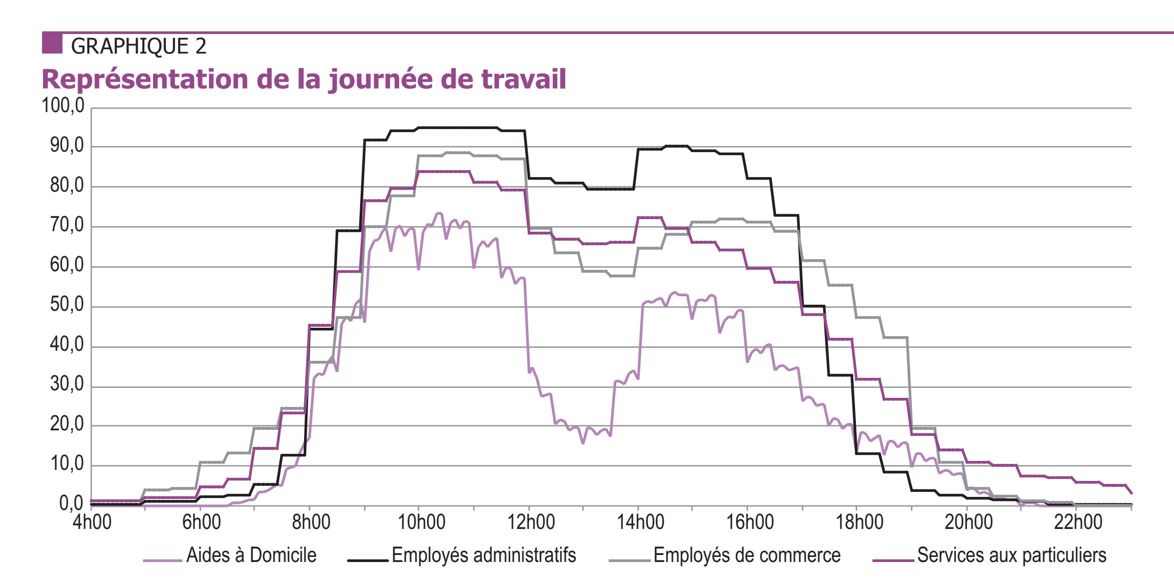
des temps d'intervention des aides à domicile semble laisser plus de place à la conciliation vie familiale/vie professionnelle (Bouffartigue et Bouteiller, 2002 ; Devetter 2002).

L'emprise du travail est toutefois importante

Pourtant, cette faiblesse des durées de travail s'accompagne d'une emprise du travail sur la journée parfois importante. L'amplitude quotidienne de la journée de travail des aides à domicile (temps écoulé entre le début de la première intervention et la fin de la dernière) apparaît ainsi moins éloignée de l'amplitude moyenne de l'ensemble des salariés que la durée effective de travail, notamment en ce qui concerne les salariés en mode prestataire, mandataire ou mixte où elle est respectivement de 7 h 51 et de 7 h 40. L'étude détaillée des amplitudes quotidiennes met en évidence le décalage entre la durée des interventions à domicile et la durée de la journée de travail (tableau 2). Par ailleurs 36 % des journées incluent des horaires de travail

GRAPHIQUE 2

Représentation de la journée de travail



Champ • Ensemble des intervenants à domicile ayant répondu aux questions relatives à la semaine et à la journée de référence et n'ayant pas travaillé uniquement de nuit durant cette journée. Salariés employés administratifs, employés de commerce et employés de services aux particuliers.
Sources • Enquête Conditions de travail, complément à l'enquête emploi 2005, INSEE et enquête IAD, DREES, 2008.

TABLEAU 2

Contraintes temporelles et statut d'emploi

en %

	Ensemble exclusivement	Prestataires exclusivement	Emploi direct	Mandataire ou mixte
La journée de référence inclut				
Travail « tôt » le matin	17,0	21,5	6,0	19,0
Travail en fin d'après midi	36,0	39,0	24,0	43,0
Travail en soirée	11,0	9,0	10,0	14,0
Horaires fragmentés (i.e. temps d'intervention inférieur à 75 % de l'amplitude quotidienne)	37,5	39,5	23,5	44,5
Conditions de travail générales				
Travail toujours au souvent le dimanche	33,0	30,0	28,0	38,0
Travail de nuit (parfois, souvent ou toujours)	6,0	1,5	10,0	8,0
Horaires variables chaque semaine	31,5	32,5	23,0	34,5
% de salariés prenant sur leur temps personnel pour aider une personne	29,0	18,5	41,0	33,0
% de salariés déclarant que les horaires du métier d'aide à domicile bousculent tout le temps ou souvent leur vie familiale ou privée	34,5	40,5	19,0	38,0

Lecture • 17 % des journées de référence débutent « tôt » le matin, soit avant 8 h 00, 36 % s'achèvent « en fin d'après-midi » soit après 17 h 30 heures, 35 % des salariés déclarent travailler souvent ou toujours le dimanche.
Champ • Ensemble des intervenants à domicile ayant répondu aux questions relatives à la journée de référence et n'ayant pas travaillé uniquement de nuit durant cette journée.
Source • Enquête IAD, DREES, 2008.

en fin d'après-midi et 11 % du travail en soirée, tandis que 9 % des intervenants à domicile déclarent travailler au moins parfois la nuit. Les salariés en emploi mandataire ou cumulant plusieurs modes sont les plus exposés au travail sur des horaires ou des jours atypiques. L'écart entre l'amplitude et la durée de travail est bien sûr principalement dû à la fragmentation du travail, la durée moyenne d'une intervention étant d'environ 1 h 40. En effet, pour près d'un aide à domicile sur quatre, les temps hors intervention constituent plus d'un quart de l'amplitude de leur journée de travail d'aide à domicile.

Ainsi, les emplois d'aide à domicile se caractérisent en grande partie par *« l'éclatement de l'espace et du temps de travail »* (Angeloff, 2000). Un tiers des salariés effectuant au moins deux interventions quotidiennes connaissent des temps de « battements » (c'est-à-dire les temps, quelle que soit leur durée, compris entre deux interventions) supérieurs à 3 heures par jour. Le poids et la localisation de ces « interstices » de hors travail dans la journée de travail distinguent les aides à domicile de la plupart des autres professions. La durée de ces temps de non-travail est directement liée à la multiplication des interventions différentes durant la journée mais la durée moyenne d'un « intervalle » entre deux interventions tend quant à elle à diminuer avec le nombre d'interventions : ainsi, le temps de battement moyen entre deux interventions est de 2 h 04 pour les aides à domicile effectuant deux interventions dans la journée, 1 h 17 pour ceux en effectuant trois, 53 minutes pour ceux en effectuant quatre (tableau 3). La durée moyenne d'intervention diminue également lorsque le nombre d'interventions augmente : en moyenne de 1 h 40, elle est de 3 h 10 lorsqu'il n'y a qu'une intervention dans la journée, 2 h 16 lorsqu'il y en a deux, 1 h 46 lorsqu'il y en a trois, etc. On observe clairement que l'augmentation du nombre d'interventions quotidiennes se traduit également par des interventions moyennes de plus en plus courtes (graphique en annexe).

D'ailleurs ce sont les salariés qui effectuent le plus d'interventions dans une journée qui déclarent le plus souvent que leurs horaires bousculent beaucoup leur vie privée, environ la moitié de ceux ayant au moins cinq interventions (contre 35 % de l'ensemble des aides à domicile). Ces salariés sont aussi ceux qui déclarent le plus souvent travailler en soirée.

L'enquête IAD permet d'analyser et de quantifier plus précisément cette part de « non-travail effectif » (c'est-à-dire, ici, hors temps d'intervention) dans la journée de travail : en moyenne pour l'ensemble des intervenants, le temps d'intervention représente 72 % de l'amplitude quotidienne de travail. Si cette fragmentation du temps de travail varie très peu en fonction des caractéristiques

TABLEAU 3

Contraintes temporelles en fonction du nombre d'interventions dans la journée

Nombre d'interventions[1]	1	2	3	4	5	6	Ensemble
% d'IAD concernés	24,0 %	21,0 %	17,0 %	17,5 %	9,0 %	5,0 %	
Temps d'intervention quotidien	191 mn (3 h 11)	273 mn (4 h 33)	319 mn (5 h 19)	384 mn (6 h 24)	402 mn (6 h 42)	420 mn (7 h 00)	310 mn (5 h 10)
Durée moyenne d'une intervention	191 mn (3 h 11)	136 mn (2 h 16)	106 mn (1 h 46)	96 mn (1 h 36)	80 mn (1 h 20)	60 mn (1 h 00)	99 mn (1 h 39)
Temps de battement	--	124 mn (2 h 04)	154 mn (2 h 34)	159 mn (2 h 39)	198 mn (3 h 18)	210 mn (3 h 30)	123 mn (2 h 03)
Amplitude de la journée	191 mn (3 h 11)	398 mn (6 h 38)	471 mn (7 h 51)	542 mn (9 h 02)	600 mn (10 h 00)	631 mn (10 h 31)	433 mn (7 h 13)
% de salariés travaillant en soirée	4,5 %	8,0 %	9,0 %	7,5 %	18,5 %	25,5 %	11,5 %
% de salariés déclarant que les horaires du métier d'aide à domicile bousculent tout le temps ou souvent leur vie familiale ou privée (2)	18,5 %	33,0 %	37,0 %	37,0 %	47,5 %	56,0 %	34,5 %

(1) Les intervenants effectuant 7 interventions et plus (au total 6,5 % d'entre eux) ne sont pas repris dans ce tableau.
(2) Donnée sur les conditions de travail générales, réponse à la question : « Est-ce que les horaires du métier d'aide à domicile bousculent votre vie familiale ou privée ? ».
Champ • Ensemble des intervenants à domicile ayant répondu aux questions relatives à la journée de référence et n'ayant pas travaillé uniquement de nuit durant cette journée.
Source • Enquête IAD, DREES, 2008.

socio-démographiques, elle est plus fortement influencée par les variables liées à la formation ou à l'organisation du travail : le statut de l'employeur, le diplôme et l'ancienneté.

La moindre présence des emplois directs parmi les temps de battements longs s'explique par la sur-représentation de ce statut au sein des salariés n'effectuant qu'une seule intervention lors de la journée de référence. Dès lors que l'analyse porte sur les journées d'au moins deux interventions, il apparaît que les temps de battements dans l'emploi direct sont d'ampleur comparable à ceux des autres aides à domicile.

Le taux de fragmentation (temps d'intervention rapporté à l'amplitude de la journée de travail) est, pour les salariés effectuant au moins deux interventions par jour, de 71 % pour les salariés des structures prestataires, 65 % en emploi direct et 66 % en mode mandataire ou mixte. En outre, le fait que certaines structures prennent en charge une partie des temps de déplacements permet d'atténuer les conséquences de la fragmentation des temps de travail des salariés en mode prestataire et en mode mandataire ou mixte tandis que cette situation est, par définition, impossible pour les salariés en emploi direct.

Les décalages entre durées courtes et emprise du travail importante induisent en partie que le temps partiel ne soit pas réellement un choix pour les aides à domicile. S'il est toujours délicat de distinguer les temps partiels choisis des temps partiels subis, tant les logiques à l'œuvre et les contraintes sont diverses (Maruani, 2003), trois éléments semblent conforter l'hypothèse d'un « sous-emploi » fréquemment subi. Tout d'abord, les temps courts sont associés à des rémunérations très faibles (moins de 500 euros mensuels pour les aides à domicile ayant décrit une journée de moins de trois heures et environ 750 euros pour ceux ayant décrit une journée comprise entre 3 et 7 heures). Plus encore l'absence de lien entre les caractéristiques familiales (être en couple ou non, présence d'enfants ou non) et le temps de travail (comme d'ailleurs avec la plupart des autres contraintes temporelles que nous avons étudiées) tend à infirmer l'hypothèse d'un choix visant par exemple à mieux concilier les temps familiaux et professionnels. Enfin, la question traditionnelle relative au souhait de travailler plus souligne que les aides à domicile sont plus concernés que les salariés d'autres professions : dans l'enquête IAD, 38 % des aides à domiciles déclarent souhaiter travailler plus contre environ 30 % de l'ensemble des salariés dans l'enquête Conditions de travail 2005 (DARES).

La conciliation du métier avec la vie de famille paraît difficile

Si la question de la conciliation des temps apparaît importante notamment dans le discours de certains employeurs (Bailly *et al.*, 2010), le fait que ces emplois soient « facilement conciliables avec la vie de famille » est une incitation explicite à exercer le métier d'aide à domicile pour seulement 9 % d'entre eux, loin derrière « l'attrait pour les relations avec les autres, pour le métier » par exemple (30 %). Seuls les salariés effectuant des journées très courtes déclarent cette motivation de manière réellement fréquente. À l'inverse, 10 % des salariés déclarent rencontrer des difficultés de conciliation « tout le temps » et 25 % les ressentent « de temps en temps ». Ce sentiment de « vie bousculée » est directement corrélé au temps de travail et aux contraintes temporelles comme le travail tôt le matin ou en soirée. Compte tenu de la variabilité des horaires et de l'importance de la fragmentation des temps de travail (un tiers des aides à domicile déclarent avoir des horaires variables d'une semaine sur l'autre et 38 % des journées de référence sont fragmentées), le désir de conciliation des temps implique de « choisir » un temps de travail limité, permettant des journées très courtes ou courtes, avec des conséquences sur les rémunérations. Le salaire moyen des salariés ne rencontrant pas de problème de conciliation est inférieur à 800 euros mensuel contre 1 055 euros pour ceux qui déclarent des difficultés fréquentes.

Le passage de la quatrième à la cinquième intervention semble déterminant, puisque les aides à domicile, pour atteindre un temps de travail proche du plein-temps doivent effectuer au moins quatre interventions par jour. Or, c'est à partir de la cinquième intervention que les horaires atypiques deviennent fréquents, et que les difficultés de conciliation deviennent très importantes (tableau 3). Ces difficultés se répercutent également, pour une proportion non

négligeable de salariés, par de réelles difficultés à prendre un repas « normal » (chez soi, chez un proche ou au restaurant) le midi. Ainsi près de 20 % des intervenants déclarent prendre un repas rapide, ne pas prendre de repas ou le prendre chez la personne aidée pendant la journée de référence. Cette proportion atteint près d'un salarié sur deux lorsque les journées sont longues (supérieures à 10 heures) et fragmentées (la part du temps d'intervention représentant moins de 75 % de l'amplitude de la journée).

La définition d'un temps plein est l'objet de conventions différentes selon les professions

Ces phénomènes permettent alors de réinterroger la notion de temps plein. En effet, les résultats de l'enquête soulignent que celle-ci reste, pour la profession d'aide à domicile, à définir. Le décalage entre durées d'intervention et étendue de la journée souligne le caractère inopérant d'un calcul fondé sur les seuls temps effectifs d'intervention.

Il convient de rappeler tout d'abord la dimension conventionnelle de la définition et du calcul du temps de travail. En effet la régulation classique des temps de travail s'est construite sur le modèle du temps-débit où chaque période était avant tout définie par une durée homogène permettant des structures temporelles stables et prévisibles. Cette vision consacrait la notion de productivité comme mesure de l'efficacité du travail (Zarifian, 1995). Elle relève d'abord d'un temps industriel. Les professions reposant sur d'autres logiques sont nombreuses, principalement dans les services. Elles ont chaque fois dû construire un compromis complexe pour entrer dans une logique compatible avec les modes de calculs du temps de travail industriel, rendant au passage illusoires les calculs de productivité par exemple (Gadrey, 1996).

La situation des personnels navigants de l'aviation (où le temps plein est souvent proche de 75 heures de vol par mois mais où le temps de travail représente bien autre chose et mêle tâches rémunérées et tâches non directement rémunérées, Barnier *et al.*, 2010), des enseignants du supérieur (192 heures de face à face pédagogique annuel), des salariés de l'hôtellerie-restauration (où la question des heures d'équivalence demeure lancinante) ou encore le recours au forfait-jours pour les cadres, sont quelques exemples parmi de nombreux autres de ces compromis plus ou moins artificiels. Dépendant des rapports de force entre employeurs et salariés mais également des marges de manœuvres financières octroyées par les pouvoirs publics, ces compromis ont été des étapes essentielles de la constitution de ces emplois en professions. Ces exemples attestent de la valeur du travail réalisé au-delà du seul temps de présence. Ce mécanisme peut agir dans les deux sens : rendre visible le temps nécessaire au « travail effectif » à l'image du régime des enseignants chercheurs pour qui une « heure » représente au minimum six heures de travail reconnus ou, au contraire, reconnaître que la présence n'est pas pleinement « travail » comme pour les cuisiniers et serveurs. Le régime temporel mis en place joue donc un rôle déterminant dans la structuration d'une profession : il valide ou non la « valeur » du travail et des compétences mobilisés, il conforte ou réduit l'autonomie des salariés.

L'heure d'intervention comme base du temps de travail n'est pas compatible avec l'amélioration de la qualité des emplois dans l'aide à domicile

Or, l'aide à domicile est encore loin d'avoir trouvé le compromis acceptable par tous. Le régime temporel des aides à domicile n'est pas stabilisé contrairement à de nombreuses professions industrielles, administratives ou commerciales (Linhart et Moutet, 2005). Comme d'autres métiers relationnels, le secteur de l'aide à domicile peine à faire émerger un compromis stable sur la mesure et l'organisation du temps de travail, voire à valider la frontière entre ce qui est et ce qui n'est pas travail (England *et al.*, 2002). Cette difficulté à établir les limites est particulièrement forte dans les emplois du « care » et explique en grande partie la sous-rémunération de la plupart de ces activités

dès lors qu'elles ne sont pas intégrées dans une organisation très structurée (Budig *et al.*, 2010). Pour les aides à domicile, l'existence de temps liés au travail, mais souvent non rémunérés et de salaires horaires faibles se cumulent pour déboucher sur des rémunérations mensuelles inférieures à la plupart des professions de niveaux de qualifications comparables. Ainsi près de la moitié des aides à domicile déclare un revenu mensuel inférieur à 900 euros. Cette situation est aisément compréhensible : seuls des temps partiels semblent compatibles avec une disponibilité temporelle au travail « normale » ; réaliser un temps plein (au sens de la convention de disponibilité temporelle actuelle ne comptabilisant le plus souvent que les temps d'interventions) implique au contraire une disponibilité temporelle très élevée (comparable à celle de professions d'encadrement par exemple) [Devetter, 2009]. Les aides à domicile effectuant des journées longues (amplitude moyenne de 11 h 25) n'interviennent en moyenne que 6 h 46 soit légèrement moins qu'un temps plein si ces durées sont répétées sur cinq jours.
Le taux de « fragmentation » moyen – 72 % des temps liés au travail sont constitués de temps d'intervention au domicile des bénéficiaires – indique l'équivalence qu'il serait possible d'envisager pour permettre d'atteindre des temps pleins. En effet ce taux signifie, dans les cas où les temps de transport entre deux interventions ne sont pas inclus dans le temps de travail, que pour chaque heure de temps contraint par le travail, seules 43 minutes correspondent à du temps d'intervention (ou autrement dit, il convient d'ajouter 23 minutes supplémentaires de temps contraint – déplacement principalement – à chaque heure d'intervention). Si l'on prend comme référence la durée légale de 35 heures hebdomadaires, un temps plein dans l'aide à domicile pourrait être évalué à un peu plus de 25 heures… ce qui correspond par ailleurs à peu près à la durée moyenne observée pour la profession actuellement[5].

L'amplitude d'une journée type peut être de moins de 3 heures comme de plus de 10 heures

L'absence de norme temporelle clairement établie et partagée ne pèse pas seulement sur les rémunérations. Elle perturbe également fortement le positionnement des salariés vis-à-vis de leur engagement professionnel. En effet, derrière les moyennes et le paradoxe apparent et relativement général de durées de travail courtes et d'amplitudes longues se dissimulent une diversité de situations importante qui n'est pas sans conséquence sur les difficultés de la professionnalisation tant défendue par les acteurs du secteur (Croff, 2007, Bouvier *et al.*, 2010).
Comme vu dans la première partie, l'hétérogénéité des comportements s'observe d'abord au niveau des durées de travail. L'enquête IAD permet de faire apparaître plusieurs organisations temporelles très différentes. Les écarts en termes de durées et

TABLEAU 4

Répartition des journées types des aides à domicile en fonction de l'étendue de la journée de travail

	Très courte (moins de 3 heures)	Courte (de 3 h à moins de 7 h)	Moyenne (de 7 h à moins de 10 h)	Longue (10 heures ou plus)
% de journées types	18 %	24 %	36 %	22 %
Amplitude moyenne	130 (2 h 10)	296 (4 h 56)	521 (8 h 41)	685 (11 h 25)
Durée moyenne des temps d'interventions	128 (2 h 08)	248 (4 h 08)	383 (6 h 23)	406 (6 h 46)
Rapport Durée/Amplitude	98 %	84 %	74 %	59 %

Lecture • 18 % des journées types des aides à domicile sont très courtes, l'étendue moyenne de cette journée (hors déplacement domicile-travail) est de 130 minutes pour une durée moyenne totale d'interventions de 128 minutes, 98 % du temps de travail est réalisé en continu.
Champ • Ensemble des intervenants à domicile ayant répondu aux questions relatives à la journée de référence et n'ayant pas travaillé uniquement de nuit durant cette journée.
Source • Enquête IAD, DREES, 2008.

5. Ce taux d'équivalence doit être considéré comme un minorant au sens où il n'inclut que les temps de « battements » et non d'éventuels temps collectifs souvent jugés comme nécessaires à l'amélioration de la qualité des emplois et de la qualité du service (Doniol-Show *et al.*, 2007 ; Bouvier *et al.*, 2010).

d'étendue de la journée sont très importants (tableau 4). Si un peu moins d'un cinquième des journées de références effectuées par les aides à domicile restent des journées très courtes (moins de 3 heures), un peu moins d'un quart sont au contraire des journées longues (plus de 10 heures entre le début de la première intervention et la fin de la dernière).

Le fait d'offrir une durée de travail spécifique est assez peu lié aux caractéristiques socio-démographiques des aides à domiciles. Quelques éléments ressortent néanmoins : les salariés les plus jeunes et les célibataires sont davantage concernés par des journées longues (27 % des journées longues concernent les moins de 30 ans et 26 % les célibataires) tandis que les intervenants nés à l'étranger le sont par des journées au contraire très courtes (25 %).

La formation de l'intervenant et le statut de l'employeur jouent un rôle bien plus important. Les salariés issus de l'enseignement général (secondaire et supérieur) se distinguent par l'importance des journées très courtes (23 % ont décrit de telles journées contre 18 % des intervenants dans leur ensemble). On peut faire l'hypothèse que l'on retrouve ici des aides à domicile s'inscrivant dans une logique de travail d'appoint (Iraci, 2008). Plus encore le statut de l'employeur apparaît déterminant : les journées courtes et très courtes se retrouvent majoritairement au sein de l'emploi direct (presque 66 % contre 42 %), les journées moyennes concernent davantage les emplois prestataires (47 % contre 36 %), et les journées moyennes ou longues touchent proportionnellement plus les emplois mandataires ou mixtes (30 % des journées longues contre 22 %). Enfin, le rôle de la possession d'un diplôme du secteur est assez net : près d'une journée sur deux effectuée par un intervenant sans diplôme du secteur est une journée de moins de 7 heures contre une sur quatre pour les titulaires du DEAVS.

TABLEAU 5

Fréquences et variables associées aux périodes atypiques

	% de journées ou d'aides à domicile concernés	Durée d'intervention hebdomadaire moyenne globale	Principaux facteurs associés	% d'IAD rencontrant des difficultés de conciliation vie professionnelle/vie familiale
« Tôt » le matin*	17,0 %	32 h 26	DEAVS Prestataire, mandataire et mixte Ancienneté élevée Part élevée d'interventions auprès de personnes fragilisées	33,0 %
Soir*	11,0 %	33 h 46	DEAVS Mandataire et mixte Ancienneté faible Part élevée d'interventions auprès de personnes fragilisées	56,0 %
Dimanche (toujours ou souvent) **	33,0 %	30 h 45	DEAVS Prestataire, mandataire et mixte Ancienneté faible Part élevée d'interventions auprès de personnes fragilisées	56,0 %
Nuit (parfois, souvent ou toujours) **	8,5 %	30 h 14	Emploi direct, mandataire et mixte Part élevée d'interventions auprès de personnes fragilisées	42,0 %
Aucune de ces périodes	54,5 %	25 h 09	--	23,0 %

* Périodes isolées sur la base de la journée de référence.
** Périodes isolées sur la base de questions spécifiques sur les conditions de travail générales.
Lecture • 17% des journées décrites incluent une intervention tôt le matin. Dans ce cas, 33% des IAD déclarent des difficultés de conciliation entre leur vie professionnelle et privée ; 33% des IAD travaillent toujours ou souvent le dimanche.
Champ • Ensemble des intervenants à domicile ayant répondu aux questions relatives à la journée de référence et n'ayant pas travaillé uniquement de nuit durant cette journée.
Source • Enquête IAD, DREES, 2008

Un impact important de la formation des intervenants d'une part et du statut des employeurs d'autre part sur l'étendue de la journée et les périodes de travail

Le travail sur des horaires atypiques ne touche pas particulièrement la profession (travail du dimanche, de nuit, tôt le matin ou en soirée) par rapport à d'autres métiers de service[6]. Mais compte tenu des contraintes en termes de déplacements et de l'importance des temps de non-intervention, l'offre de temps de travail atypique est nécessaire pour améliorer le revenu mensuel et se rapprocher d'un temps complet pour les aides à domicile plus que pour les autres professions. Les horaires atypiques impliquent donc pour les salariés dans ce cas un accroissement de la fragmentation du temps de travail quotidien. Ainsi selon l'enquête de la DARES sur les Conditions de travail en 2005, seuls 12 % des salariés et 15 % des employés connaissent une coupure supérieure à 2 heures dans la journée de travail contre 29 % des aides à domicile. Les journées longues et les horaires atypiques tendent à se cumuler sur une frange spécifique des aides à domicile qui ont ainsi une disponibilité temporelle au travail très grande (tableau 5).
En effet, en dehors du travail de nuit, les autres périodes atypiques obéissent à des logiques relativement similaires. Liées à des tâches plus complexes (et davantage tournées vers les actes essentiels à la vie quotidienne) [Marquier, 2010], ces horaires font intervenir des salariés qualifiés et notamment bien plus souvent titulaires du DEAVS (voir *infra*). Pour l'ensemble de ces horaires le mode mandataire (ou le cumul des modes) apparaît comme la solution la plus fréquente. La nécessité de recourir à des salariés qualifiés associée aux contraintes de la convention collective à laquelle sont soumises les associations prestataires rend le mode mandataire particulièrement avantageux.
La pratique de tels horaires se répercute alors directement sur des difficultés de conciliation entre vie familiale ou privée et vie professionnelle : ainsi 56 % des aides à domicile qui travaillent, toujours ou souvent, le dimanche et 42 % de ceux qui déclarent travailler au moins parfois la nuit indiquent rencontrer des difficultés de conciliation entre vie professionnelle et vie familiale. En outre, l'expression de ces difficultés est plus fréquente encore pour les salariés déclarant aussi une forte variabilité de leur temps de travail hebdomadaire.

Un tiers des aides à domicile ne travaille pas le même nombre d'heures chaque semaine

La variabilité des temps de travail des aides à domicile est loin d'être négligeable : un tiers d'entre eux travaillent un nombre d'heures variable chaque semaine (tableau 6). Cette variabilité provient notamment de l'organisation et de la

TABLEAU 6
Contraintes temporelles et diplômes

en %

	Ensemble	Salariés titulaires du DEAVS	Salariés n'ayant aucun diplôme du secteur sanitaire ou social
Horaires fragmentés	37,5	40,5	34,0
Horaires variables chaque semaine	32,5	38,0	29,5
% de salariés prenant souvent ou très souvent sur leur temps personnel pour aider une personne	29,0	19,5	32,5
% de salariés déclarant que les horaires du métier d'aide à domicile bousculent tout le temps ou souvent leur vie familiale ou privée	34,5	47,0	27,0

Champ • Ensemble des intervenants à domicile ayant répondu aux questions relatives à la journée de référence et n'ayant pas travaillé uniquement de nuit durant cette journée.
Source • Enquête IAD, DREES, 2008.

6. Le travail du dimanche est plus fréquent (45 % des IAD ne travaillent jamais le dimanche contre 68 % des employés) mais le travail de nuit l'est sensiblement moins (13 % des employés travaillent au moins parfois de nuit contre 9 % des intervenants à domicile). Le fait de travailler le même nombre d'heures chaque semaine est, quant à lui, assez proche (69 % des IAD contre 70 % de l'ensemble des employés).

mesure du travail sur la base des interventions réalisées : les aléas pesant sur les bénéficiaires (hospitalisation, décès, nouveau dossier, etc.) sont directement répercutées sur les salariés. C'est naturellement le cas des salariés en emploi direct mais également celui des employés des structures prestataires. La base de la tarification et de la facturation étant l'heure d'intervention, seules les heures effectuées réellement sont intégrées dans le temps de travail. Ainsi les fluctuations d'activités liées par exemple aux hospitalisations ou décès des bénéficiaires peuvent se répercuter sur les salaires. Les organismes prestataires aidant des bénéficiaires souvent plus fragiles et plus nombreux, la variabilité du temps de travail est ainsi plus faible au final dans l'emploi direct que dans l'emploi prestataire ou mixte (23 % des salariés déclarent un nombre d'heures variable par semaine dans le premier cas contre 33 % et 35 % dans les deux autres). Ces résultats illustrent également les constats empiriques établis lors de monographies : les associations peuvent s'adapter aux variations d'activité en faisant éventuellement évoluer le nombre d'heures prévues au contrat de travail (Trabut, 2010). Les mécanismes de mensualisation ou de modulation peuvent cependant lisser en partie l'effet de ces fluctuations sur les salaires pour les salariés en mode prestataire contrairement à l'emploi direct où la répercussion sur le revenu est directe.

À cette variabilité formelle peut s'ajouter un autre mécanisme important expliquant que les frontières du temps de travail sont parfois floues et créent ainsi des problèmes d'organisation individuelle : il s'agit de la difficulté à faire respecter la durée de l'intervention. La dimension relationnelle du travail et le fait que la personne âgée puisse être très isolée et donc très dépendante des visites de l'aide à domicile peuvent favoriser des dépassements de temps de travail fréquents (Bressé, 2003, Avril, 2008). Les liens personnels voire amicaux qui peuvent se créer ajoutent également une pression à l'allongement de certaines interventions (Caradec, 1997 ; Bernardo, 2003). L'enquête permet de préciser un peu l'ampleur de ce phénomène : 29 % des aides à domicile déclarent prendre souvent ou très souvent sur leur temps personnel pour aider une personne. Cette proportion doit cependant être mise en relation avec la situation d'autres professions : ainsi 35 % des salariés, dans l'enquête Conditions de travail déclarent, travailler tous les jours ou souvent au-delà de l'horaire prévu sans qu'il y ait compensation (la proportion d'aides à domicile concernées est également de 29 % dans cette enquête). Les difficultés à marquer les limites d'une intervention sont donc réelles mais se retrouvent (sur des logiques probablement très différentes) chez bien d'autres salariés. Ces difficultés peuvent être considérées, dans le cas des aides à domicile, comme une contrepartie de l'autonomie dont elles bénéficient. D'ailleurs, les dispositifs techniques permettant de les limiter (comme le recours à l'appel téléphonique pour signaler les horaires d'arrivée et de départ par exemple) sont parfois perçus comme des méthodes de contrôle et de ce fait parfois rejetés (Avril, 2009). Sur ce point, à l'opposé de la variabilité formelle des heures de travail, la situation des salariés des structures prestataires semble meilleure : le fait de prendre souvent ou très souvent sur son temps personnel y est moins fréquent (19 % contre 41 % pour le mode direct et 33 % pour les salariés en mode mandataire ou mixte), soulignant ainsi un rôle important d'intermédiation (Farvaque *et al.,* 2011). En effet, l'existence d'un tiers entre l'employé et le bénéficiaire permet de limiter la pression psychologique souvent à la base des dépassements consentis de temps de travail (Romero, 2001 ; Meagher 2003). Le fait d'enchaîner plus fréquemment plusieurs interventions limite également les marges de manœuvres des salariés en mode prestataire. Les titulaires du DEAVS sont aussi moins fréquemment exposés à ce type de difficultés (20 % des titulaires du DEAVS indiquent prendre souvent ou très souvent sur leur temps personnel pour aider une personne, contre 33 % des salariés n'ayant aucun diplôme sanitaire ou social), ce qui tend à confirmer que la capacité à trouver « la bonne distance » puisse être fortement influencée par le niveau de formation (Yahaoui et Nicot, 2002), la « norme de sollicitude » (Avril, 2008) tendrait ainsi à perdre un peu de poids.

Des régimes temporels divers

Au final, les aides à domicile concernés par une disponibilité temporelle au travail lourde ne sont qu'une minorité. D'autres demeurent au contraire dans une position d'engagement professionnel limité. Pour tenter de clarifier cette diversité 7

journées-types regroupant chacune entre 6 % et 21 % des journées décrites par les intervenants ont pu être distinguées (tableau 7).

Cette partition résulte du croisement de trois dimensions caractéristiques des temps de travail des intervenants à domicile : ils peuvent être très courts (amplitude inférieure à 3 heures), courts (entre 3 heures et moins de 7 heures), moyens (entre 7 heures et moins de 10 heures) ou longs (amplitude supérieure ou égale à 10 heures), ils peuvent être fragmentés ou non (la fragmentation étant entendue comme la situation où le temps d'intervention représente moins de 75 % de la journée de travail) et enfin ils peuvent s'étendre sur des périodes atypiques ou non (les horaires atypiques allant de 17 h 30 à 8 h 00). Si les frontières sont par définition toujours un peu arbitraires, elles correspondent néanmoins à des seuils statistiques et permettent surtout de distinguer les situations qui s'écartent le plus de la norme temporelle dominante. Un premier croisement a ainsi abouti à 13 possibilités que nous avons ensuite regroupées en 7 journées-types.

La disponibilité temporelle au travail du métier d'aide à domicile est ainsi très variable et ne peut être considérée comme relevant d'une norme temporelle unique (ou même majoritaire comme on pouvait l'observer auparavant dans des secteurs industriels) [Linhart et Moutier, 2005].

Comme déjà évoqué, les caractéristiques personnelles semblent avoir une influence plus modérée sur la répartition des journées de travail des aides à domicile que ne le font les caractéristiques professionnelles, et ce, de façon plus disparate, sans que l'on puisse établir de réelle tendance. L'âge, le lieu de naissance (France ou étranger) tout comme la situation familiale semblent en effet, n'avoir qu'une influence très modérée sur les temps de travail.

À l'inverse, en considérant les caractéristiques professionnelles des aides à domicile, les écarts entre les différentes journées sont bien plus marqués. À commencer par le fait de détenir un diplôme du secteur sanitaire et social (tableau 8). Les titulaires d'un DEAVS (ou d'un CAFAD) sont davantage présents sur les journées les plus longues ou les plus

TABLEAU 7

Présentation synthétique des différentes journées-types des intervenants à domicile

Type de journée	% des journées	Caractéristiques principales	Présence caractéristique
Très courte	18,5 %	Étendue de la journée inférieure à 3 heures, le plus souvent une seule intervention.	Matin
Courte	13,0 %	Étendue de la journée comprise entre 3 heures et 7 heures, deux interventions localisées entre 8 h et 17 h 30. Le temps d'intervention représente plus de 75 % de l'étendue de la journée.	Matin
Courte/Moyenne Décalée	14,0 %	Étendue de la journée comprise entre 3 heures et 10 heures, au moins une période de travail s'écarte des rythmes standards (8 h-17 h 30). Le temps d'intervention représente plus de 75 % de l'étendue de la journée	Matin, Après-midi
Courte/Moyenne Fragmentée	21,0 %	Étendue de la journée comprise entre 3 heures et 10 heures. Le temps d'intervention représente moins de 75 % de l'étendue de la journée	Matin, Après-midi
Moyenne	11,5 %	Étendue de la journée comprise entre 7 heures et 10 heures, les interventions (le plus souvent 3) sont localisées entre 8 h et 17 h 30. Le temps d'intervention représente plus de 75 % de l'étendue de la journée.	Matin, Après-midi
Longue fragmentée	16,5 %	Étendue de la journée supérieure à 10 heures ; certaines périodes s'écartent des rythmes standards (8h-17h30), les temps d'intervention représentent moins de 75 % de l'amplitude quotidienne.	Matin, Soirée
Longue non fragmentée	6,0 %	Étendue de la journée supérieure à 10 heures ; certaines périodes s'écartent des rythmes standards (8h-17h30), les temps d'intervention représentent plus de 75 % de l'amplitude quotidienne.	Matin, Après-midi

Champ • Ensemble des intervenants à domicile ayant répondu aux questions relatives à la journée de référence et n'ayant pas travaillé uniquement de nuit durant cette journée.
Source • Enquête IAD, DREES, 2008.

TABLEAU 8

Principales caractéristiques des aides à domicile par journées types

en %

	Très Courte	Courte	Courte / Moyenne décalée	Courte / Moyenne fragmentée	Moyenne	Longue fragmentée	Longue non fragmentée	Total
Diplôme sanitaire et social								
DEAVS	7,0	8,5	19,5	16,0	16,5	24,0	8,5	100,0
Autre diplôme sanitaire ou social	12,5	12,5	12,5	21,5	11,0	25,5	5,0	100,0
Pas de diplôme sanitaire ou social	24,0	15,0	12,5	22,5	9,5	11,5	5,0	100,0
Ancienneté								
Moins 2 ans	21,0	15,0	13,5	20,5	10,5	15,0	4,5	100,0
Entre 2 et moins de 5 ans	20,5	12,0	11,0	20,0	10,5	18,5	7,5	100,0
Entre 5 et moins de 10 ans	19,5	13,0	12,5	23,0	11,5	16,0	4,5	100,0
Entre 10 et moins de 20 ans	16,5	13,0	16,0	18,5	12,5	18,5	5,5	100,0
20 ans et plus	13,5	14,0	21,0	24,0	10,0	12,0	6,0	100,0
A exercé une autre activité professionnelle pendant la semaine								
Autre activité	36,0	17,0	10,0	19,0	4,0	13,0	1,5	100,0
Pas d'autre activité	15,0	12,5	15,0	21,5	12,5	17,5	6,5	100,0
Part des interventions auprès de personnes fragilisées								
Inférieure à 75 %	35,0	16,0	11,0	14,5	5,5	14,0	4,0	100,0
Supérieure à 75 %	15,0	12,5	15,0	22,5	12,5	17,0	6,5	100,0
Ensemble	18,5	13,0	14,0	21,0	11,5	16,5	6,0	100,0

Lecture • 21 % des salariés ayant une ancienneté inférieure à 2 ans ont décrit une journée très courte.
Champ • Ensemble des intervenants à domicile ayant répondu aux questions relatives à la journée de référence et n'ayant pas travaillé uniquement de nuit durant cette journée.
Source • Enquête IAD, DREES, 2008.

contraignantes (courtes ou moyennes décalées – 20 % –, longues fragmentées ou non – 33 %), alors que ceux qui n'ont pas de diplôme sanitaire ou social sont sur-représentés sur les journées courtes (15 %) et très courtes (24 %). L'ancienneté a également une influence marquée : les nouvelles aides à domicile travaillent plus sur les journées courtes ou très courtes, (36 % des salariés ayant moins de 2 ans d'ancienneté) ; alors que les intervenants à domicile ayant beaucoup d'expérience vivent plus fréquemment des journées courtes/moyennes fragmentées ou courtes/moyennes décalées (respectivement 24 % et 21 % des salariés déclarant plus de 20 ans d'ancienneté). Les caractéristiques des journées de travail varient davantage en fonction du statut de l'employeur de l'aide à domicile (tableau 9). Ainsi, les journées très courtes et courtes sont plus fréquemment associées aux intervenants en emploi direct, contrairement aux journées longues fragmentées et non fragmentées. Les journées courtes ou moyennes décalées et les journées moyennes sont quant à elles sur-représentées dans l'emploi prestataire.
Enfin, le fait d'avoir exercé une autre activité que celle d'aide à domicile au cours de la semaine de référence, mais aussi le fait d'avoir effectué moins de 75 % des interventions auprès de personnes fragilisées, est davantage associé aux journées courtes ou très courtes.

Les régimes temporels influencent les conditions de travail et de rémunération

Logiquement, la corrélation entre types de journées et conditions de travail est très nette : plus les journées sont longues plus les contraintes sont nombreuses. Ce mécanisme se retrouve de manière comparable pour toutes les dimensions retenues : position debout prolongée, efforts physiques pénibles, travail dans des lieux insalubres, etc.[7]. Mais l'allongement du

7. La question des conditions de travail des aides à domicile est plus spécifiquement traitée dans le rapport réalisé parallèlement par l'ORSEU (Farvaque *et al.*, 2012).

TABLEAU 9
Répartition des journées-types selon le mode d'emploi

en %

	Prestataire exclusivement	Emploi direct exclusivement	Mandataire ou mixte
Très Courte	8,0	39,0	16,5
Courte	0,1	17,5	11,5
Courte/Moyenne décalée	19,0	10,0	12,0
Courte/Moyenne fragmentée	24,0	15,0	21,5
Moyenne	16,0	8,0	9,0
Longue fragmentée	15,5	8,0	22,5
Longue non fragmentée	5,5	3,5	7,0
Total	100,0	100,0	100,0

Lecture Champ •Source •

temps de travail est aussi le principal levier d'augmentation du revenu, ce dernier est particulièrement faible pour les intervenants ayant décrit une journée très courte (environ 500 euros mensuels), courte (environ 770 euros) ou courte/moyenne fragmentée (830 euros environ). Seules les journées les plus longues permettent l'obtention de revenus mensuels supérieurs à 1 100 euros. La corrélation entre rémunération et disponibilité temporelle est toutefois assez classique et concerne de manière plus ou moins marquée l'ensemble des actifs.

L'activité limitée : une disponibilité réduite pour des perspectives limitées

Les résultats obtenus soulignent la diversité des régimes temporels possibles et notamment l'opposition entre deux pôles extrêmes : l'activité limitée et l'engagement professionnel.
En effet, parmi les journées-types identifiées, les journées très courtes et, dans une moindre mesure, courtes, se distinguent nettement. Elles témoignent d'une insertion professionnelle dans cette activité bien moindre : la part des salariés effectuant d'autres activités (hors aide à domicile) est plus importante tandis que les salariés disposant d'un diplôme lié au secteur sont moins nombreux. Ces salariés subissent également sensiblement moins de contraintes professionnelles. Leur activité se limite souvent à une intervention longue (près de 3 heures) le matin (et éventuellement une seconde l'après-midi, pour les journées « courtes normales »).
La proportion de salariés titulaires du DEAVS est très faible (par exemple seuls 7 % d'entre eux ont décrit une journée très courte alors que ces journées représentent 19 % du total). Les activités effectuées relèvent plus rarement des actes essentiels (repas, levers, couchers, toilettes). Une part importante de ces salariés relève de l'emploi direct (39 % de journées courtes contre respectivement 8 % et 17 % pour l'emploi prestataire et mandataire ou mixte).
Ces éléments soulignent l'imbrication très forte entre temporalités des emplois, qualité des emplois et perception des compétences par exemple. La volonté de professionnaliser l'aide à domicile est ainsi en partie dépendante des caractéristiques temporelles des emplois proposés. Les horaires très courts, qui résultent notamment des fortes pressions sur les coûts, limitent les possibilités d'engagement professionnel (formation, acceptation d'interventions plus complexes, etc.). Ils accueillent ainsi des salariés qui, par choix ou du fait de contraintes diverses (familiales ou professionnelles) demeurent dans une logique d'activité d'appoint.

L'engagement professionnel : le choix du « care » implique des contraintes lourdes

À l'opposé, les journées longues (fragmentées ou non) sont principalement le fait des salariés

en mode mandataire ou mixte : ils peuvent allonger (« volontairement » ou sur demande de la structure mandataire ou prestataire pour les salariés cumulant les deux statuts) leur temps de travail en complétant un temps partiel prestataire avec des heures en mode mandataire ou en emploi direct. L'activité d'aide à domicile est cette fois clairement une activité professionnelle à part entière : les salariés ayant le DEAVS déclarent 33 % de journées longues (fragmentées ou non) contre 17 % des salariés ne disposant d'aucun diplôme du secteur. De même, 24 % des aides à domicile intervenant à plus de 75 % auprès de personnes fragilisées ont décrit ces types de journée (contre 18 % dans le cas contraire). Ces deux variables sont par ailleurs très fréquemment significativement corrélées à des contraintes temporelles plus lourdes : horaires atypiques, fragmentation du temps de travail et durées plus longues. Cet engagement professionnel se traduit certes par une rémunération plus élevée (supérieure à 1 100 euros mensuel) mais également par des pénibilités plus nombreuses.
Dans cette logique « d'engagement professionnel » le rôle de l'ancienneté, bien que souvent limité, n'est pas anecdotique. En effet, des anciennetés longues semblent protéger de certaines pénibilités liées à l'organisation du temps de travail. Elles permettent notamment de réduire les temps de déplacements les plus longs : la durée moyenne de trajet domicile-travail (aller et retour cumulé) est de 46 minutes pour les aides à domicile ayant plus de 20 ans d'ancienneté (soit 11 % des intervenants) contre une heure pour ceux ayant moins de 5 ans d'ancienneté. De même la part des trajets supérieurs à une heure est de 7 % pour les aides à domicile ayant plus de 20 ans d'ancienneté contre 11 % en moyenne. Ces observations pourraient ainsi soutenir l'hypothèse de l'existence d'une forme dégradée de « marchés internes du travail » au sein desquels l'évolution professionnelle passerait par la construction progressive d'emplois du temps de meilleure qualité (plus longs, plus concentrés, avec des bénéficiaires plus proches du domicile de l'intervenant) à l'image de ce qui a été analysé dans le cas de la grande distribution (Gadrey *et al.*, 1999).
Entre ces deux pôles extrêmes, se situent les journées intermédiaires. Ces journées correspondent davantage à des temps partiels « classiques » plus ou moins subis. L'importance des horaires décalés pour ces salariés est alors directement associée à une croissance du temps de travail et de meilleures rémunérations ainsi qu'à une montée en complexité du travail (davantage d'actes essentiels à la vie quotidienne) mais se traduit également par une croissance nette des pénibilités liées aux conditions de travail (Farvaque *et al.*, 2012). L'emploi prestataire non complété par des heures en emploi direct est alors la modalité d'emploi la plus fréquente (55 % des journées décrites par les salariés en mode prestataire sont des « journées moyennes »).
Les intervenants à domicile semblent donc confrontés à un arbitrage entre disponibilité (et pénibilité) d'un côté et reconnaissance symbolique et (partiellement) financière de l'autre. Dans la situation actuelle, les coûts semblent cependant plus facilement identifiables que les gains : l'accroissement des contraintes liées à un investissement professionnel est assez net tandis que les gains salariaux et symboliques restent souvent plus limités. Le bénéfice du DEAVS en termes salariaux est ainsi assez limité (à partir des données de l'enquête, l'évaluation du gain salarial horaire est de l'ordre de 30 centimes) tandis qu'il ne permet que de faibles progressions de carrière (Bureau et Tuchszirer, 2010). La reconnaissance sociale permise est également limitée par la force d'attraction du modèle domestique (Benelli, 2010). Dans ce contexte une part non négligeable des salariés engagés dans ce processus de « professionnalisation » aspirent à quitter le secteur de l'aide à domicile pour rejoindre les structures d'hébergement ou le métier d'aide-soignante. Ainsi dans l'enquête IAD, plus de 15 % des salariés prestataires, mandataires ou mixtes (contre 7 % des salariés relevant de l'emploi direct) souhaitent suivre une formation prochainement et l'envisagent dans le but d'évoluer vers un autre métier.

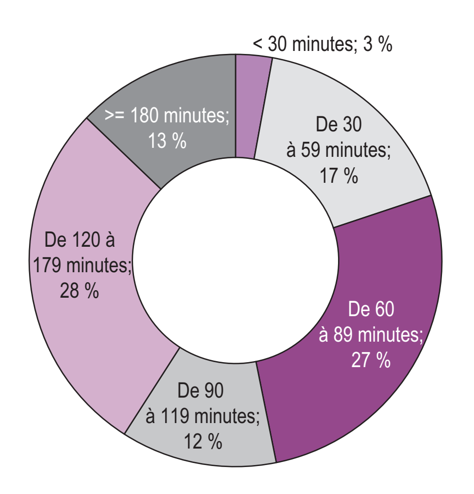
Bibliographie

- Farvaque N. *et al.*, 2012, Les conditions de travail des intervenants au domicile des personnes fragiles : pénibilité ressentie et le risque d'épuisement professionnel, enquête IAD-DREES 2008, rapport pour la DREES.
- Benelli N., 2011, « Nettoyeuses, comment tenir le coup dans un sale boulot ? » *Questions de Genre*, Seisso, Zurich.
- Bailly F., Devetter F.-X., Horn F., Jany-Catrice F., Léné A. et Ribault T. 2010, Réguler les services à la personne en Haute-Normandie. Des logiques départementales contrastées, Rapport pour la DIRECCTE, 240 pages.
- Barnier L.-M. et Bensoussan M., 2010, « Négocier la pénibilité ? Conditions de travail et reconnaissance chez les hôtesses de l'air et stewards », *Travailler*, n° 24, p. 125-152.
- Bouvier T., Pelvillain N., et Santelmann P., 2010, « Services à la personne : renforcer l'encadrement intermédiaire pour accroître l'efficacité et l'attractivité des métiers », *Formation emploi*, n° 112, p. 53-67
- Budig M. et Misra J., 2010, « Les emplois dans les services d'aide à la personne financièrement pénalisés ? Une perspective internationale », *Revue internationale du travail,* BIT, décembre 2010.
- Clément E., 2010, « Dépenses d'aide sociale départementale en 2008 », *Document de travail, Série Statistiques*, n° 143, avril.
- Cour des comptes 2010, La politique en faveur des services à la personne, Rapport Public annuel, 2010.
- Devetter F.-X. et Lavenne Y., 2010, Analyse exploratoire d'entretiens auprès de responsables de sociétés de nettoyage et de CCAS, document de travail.
- DREES 2010, « Résultats de l'enquête trimestrielle sur l'APA au 30 juin 2010 », *APA résultats de l'enquête trimestrielle*, n° 3-2010.
- Marquier R., 2010, « Les activités des aides à domicile en 2008 », *Études et Résultats*, DREES, n° 741, octobre.
- Trabut L., 2010, « Que reste-t-il de « social » dans l'aide à domicile associative en France ? », *Cahiers du CIRTES*, Presses universitaires de Louvain, vol. 2, n° 5, Louvain, p. 187-204.
- Avril C., 2009, « Une Mobilisation collective dans l'aide à domicile à la lumière des pratiques et des relations de travail », *Politix,* vol. 22, n° 86, p. 97-118.
- Devetter F.-X., 2009, "Gender Differences in Time Availibility : professional Logics beyond the impact of domestic sphere", *Gender Work and Organization,* vol. 16, Issue 4, July 2009, p. 429-450.
- Devetter F.-X., Rousseau S., 2009 « Comment concilier service relationnel et marges réduites ? Le cas du secteur du ménage à domicile », *Gestion 2000,* n° 2, février, 2009.
- Avril C., 2008, « Les aides à domicile pour personnes âgées face à la norme de sollicitude », *Retraite et Société*, n° 53, p. 49-65.
- Clozel D., 2008, *Analyse qualitative des risques professionnels, des conditions de travail et de l'état de santé des salariés de l'aide et du soin à domicile pour soumettre plusieurs méthodes d'approche d'investigation à mener*, mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique.
- Devetter F.-X., Fraisse L., Gardin L., Gounouf M., Jany-Catrice F. et Ribault T., 2008, L'aide à domicile face aux services à la personne, rapport pour la DIIESES, mars 2008.
- Iraci F., 2008, Salariés de particuliers employeurs, au-delà des apparences, Groupe IRCEM, Roubaix.
- Chardon O. et Estrade M.-A., 2007, Les Métiers en 2015, Rapport du groupe prospectives et qualifications. DARES, CAS.
- Croff B., 2007, « La GRH demeure une question cruciale », *Développements*, n° 45 février 2007, p. 3-7.
- Doniol-Shaw G, Lada E. et Dussuet A., 2007, Les parcours professionnels des femmes dans les services à la personne, Rapport de recherche, LATTS, novembre 2007.
- Avril C., 2006, « Aide à domicile pour personnes âgées : un emploi-refuge », dans Flahaut E. (sous la dir.), *L'insertion professionnelle des femmes. Entre contraintes et stratégies d'adaptation*, Presses Universitaires de Rennes, p. 207-217.
- Dussuet A., 2006, « Femmes dans les services à domicile : insertion professionnelle ou retour de la domesticité ? », dans Flahaut E. (sous la dir.), *L'insertion professionnelle des femmes. Entre contraintes et stratégies d'adaptation*, Presses Universitaires de Rennes, p. 195-205.
- Petite S., 2006, *Les règles de l'entraide*, PUR, 2005.
- Dussuet A., 2005, *Travaux de femmes. Enquêtes sur les services à domicile*, L'Harmattan, Paris.
- Linhart D. et Moutet A., (dir.), 2005, *Le travail nous est compté. La construction des normes temporelles au travail*, Paris, La Découverte, Collection Recherches.
- Avril C., 2003, « Quel lien entre travail et classe sociale pour les travailleuses du bas de l'échelle ? L'exemple des aides à domicile auprès des personnes âgées dépendantes », *Lien social et Politiques,* n° 49, printemps, p. 147-154
- Bernardo L., 2003, « La place des sentiments dans l'aide professionnelle de gré à gré », in Weber F., Gojard S., Gramain A. (dir.), *Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France contemporaine*, Paris, La Découverte, p. 362-389.
- Bressé S., 2003, « L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées », *Retraite et société,* 2006/2, n° 39, p. 119-143
- Maruani M., 2003, *Travail et emploi des femmes*, Paris, La Découverte, coll. Repère.
- Meahger G., 2003, *Friend or Flunkey? Paid domestic workers in the new economy*, UNSW Press, Sydney, 168 p.
- Bouffartigue P. et Bouteiller J., 2002, « L'érosion de la norme du temps de travail », *Travail et emploi*, n° 92.
- Devetter F.-X., 2002a, « Quelle convention post-fordiste de disponibilité temporelle au travail ? », *Formation Emploi*, n° 78, juin.
- England P. *and al.*, 2002, « The wage of virtue : relative pay of care work », *Social Problems,* 49 : 455-473.
- Romero M., 2002, *Maid in the USA*, New York : Routledge.
- Yahiaoui F. et Nicot A.-M., 2002, Freins à l'embauche et amélioration des conditions de travail dans le secteur de l'aide à domicile, Étude Anact pour la DGAS.

- Angeloff T., 2000, *Le temps partiel, un marché de dupes?*, Ed. La Découverte et Syros.
- Gadrey J., Jany-Catrice F. et Ribault T., 1999, *France, États-Unis, Japon, L'emploi en détails, Essai de socio-économique comparative,* éditions PUF.
- Causse L., Fournier C. et Labruyère C., 1998, *Les aides à domicile. Des emplois en plein remue-ménage*, Syros, Paris.
- Gadrey J., 1996, *Services : la productivité en questions*, Desclée de Brouwer, Bruxelles.
- Zarifian P., 1995, *Le Travail et l'Événement, Essai sociologique sur le travail industriel à l'époque actuelle*, L'Harmattan, Paris.
- Bureau M. et Tuchszirer C., 2010, «La validation des acquis de l'expérience est-elle un moyen de reconnaissance du travail?», *Sociologie du Travail*, vol. 52, Issue 1, p. 55-70.
- Caradec V., 1996, «L'aide ménagère: une employée ou une amie?», in Kauffman J.-C. (dir.), *Faire ou faire-faire? Famille et services*, Rennes, PUR, p. 155-167.

ANNEXE 1

Répartition des interventions par durée (en minutes)



Lecture • Sur l'ensemble des interventions réalisées pendant la journée de référence, 3 % ont duré moins de 30 minutes.
Champ • Journées de référence de l'ensemble des intervenants à domicile ayant répondu aux questions relatives à cette journée et n'ayant pas travaillé uniquement de nuit durant celle-ci.
Source • Enquête IAD, DREES, 2008.

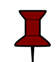
ANNEXE 2

Emploi du temps des aides à domicile : journées types en fonction du nombre d'interventions

	Une intervention	Deux interventions	Trois interventions	Quatre interventions	Cinq interventions	Six interventions
08:00				08:00	08:00	08:00-09:00
			08:30	Première intervention	Première intervention	Première intervention
09:00		09:00	Première intervention		09:15	
	09:30	Première intervention		09:30	09:30	09:30-10:40
10:00	Première intervention			10:00	Deuxième intervention	Deuxième intervention
			10:25	Deuxième intervention	10:50	
11:00						11:00
		11:25	11:30	11:40	11:30	Troisième intervention
12:00			Deuxième intervention		Troisième intervention	12:15
	12:40					
13:00			13:15	13:00	13:00	13:00
		13:30		Troisième intervention		Quatrième intervention
14:00		Deuxième intervention	14:00		14:15	14:15
			Troisième intervention	14:30	Quatrième intervention	
15:00						
		15:40		15:25	15:50	15:20
16:00			16:00	Quatrième intervention		Cinquième intervention
					16:30	16:35
17:00				17:05	Cinquième intervention	
						17:30
18:00					18:00	Sixième intervention
						18:35

Lecture • Sur l'ensemble des interventions réalisées pendant la journée de référence, 3 % ont duré moins de 30 minutes.
Champ • Journées de référence de l'ensemble des intervenants à domicile ayant répondu aux questions relatives à cette journée et n'ayant pas travaillé uniquement de nuit durant celle-ci.
Sources • DREES, enquête IAD 2008

L'organisation du métier d'aide à domicile, entre autonomie et isolement professionnel



CETTE ÉTUDE, réalisée à partir de l'enquête auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées en 2008 (enquête IAD), a pour objectif de caractériser les relations qu'entretient l'aide à domicile avec les autres professionnels, sa hiérarchie et ses collègues, ainsi qu'avec la personne aidée et son entourage. L'objectif consiste notamment à mesurer le degré d'isolement de l'aide à domicile dans son travail, le caractériser et en repérer tant les avantages en termes d'autonomie que les désagréments en tant que manque de référent ou de repères en cas de problèmes. L'étude se base à la fois sur l'activité des aides à domicile décrite de façon générale par celles-ci, et sur des descriptions tirées d'une semaine et d'une intervention de référence (encadré 1).

L'aide à domicile est rarement le seul professionnel à aider une personne fragile

Le maintien à domicile des personnes limitées dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne en raison de leur âge, d'un handicap ou d'une maladie nécessite souvent un accompagnement

ENCADRÉ 1

Les différents niveaux d'analyse de l'enquête IAD

L'enquête auprès des intervenants au domicile des personnes fragilisées décrit de façon détaillée les conditions de travail des aides à domicile en 2008, et comprend pour cela plusieurs degrés d'analyse :

- Le point de vue global, où l'intervenant est interrogé sur son activité « en général » ;
- La semaine de référence, où l'intervenant décrit la dernière semaine travaillée en tant qu'aide à domicile au cours du mois qui vient de s'écouler ;
- Le jour de référence, où l'intervenant décrit son activité pendant un jour tiré au hasard dans la semaine de référence ;
- L'intervention de référence, où l'intervenant décrit une intervention auprès d'une personne fragilisée tirée au hasard parmi les interventions du jour de référence.

Ces différents degrés d'analyse impliquent une certaine prudence dans la lecture du texte : en effet, pour un intervenant donné, rien ne dit que l'intervention (respectivement le jour ou la semaine) de référence tirée au hasard correspond à une intervention « moyenne » (respectivement un jour ou une semaine « moyenne ») ; il est tout à fait possible que cela corresponde à une intervention où la personne aidée est particulièrement fragile, ou au contraire, demande très peu d'aide.

Il n'est donc pas possible dans ce cas de dire « X% des intervenants aident des personnes bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) », cette question étant posée lors du questionnement sur l'intervention de référence. Le résultat doit donc s'entendre comme « X% des interventions des aides à domicile se font au domicile de personnes bénéficiaires de l'APA ».

Cependant, même si des cas rares sont forcément tirés lors de ces semaine/jour/intervention de référence, hasard oblige, l'ensemble représente bien la diversité des situations possibles : les interventions rares sont rarement tirées, alors que les interventions fréquentes le sont plus souvent.

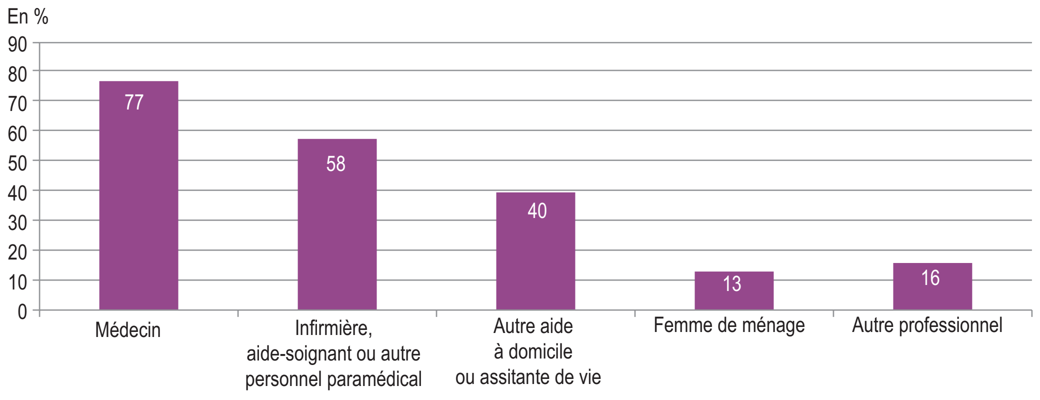


ou un suivi par différents professionnels, essentiellement des domaines sanitaire ou social. Ainsi pour 88% des interventions décrites, l'aide à domicile indique, qu'au moins un autre professionnel intervient régulièrement auprès de la personne aidée (graphique 1). L'intervention de l'aide à domicile est ainsi souvent complétée par du personnel médical et paramédical: dans 77% des cas un médecin intervient et dans 58% un personnel paramédical. Elle l'est également par d'autres aides à domicile (dans 40% des cas) du fait probablement des roulements dans les plannings des salariés prestataires mais aussi du double recours possible à du personnel prestataire et en emploi direct ou mandataire. En effet, pour les personnes très dépendantes ou dépassant le plafond du plan d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), quelques heures en emploi direct peuvent compléter, à un coût moindre, l'aide d'un salarié en mode prestataire.

Cette pluri-disciplinarité à domicile reflète la complexité des situations. La complémentarité entre aide à domicile et soins sanitaires augmente avec la fragilité de la personne aidée. Il en est de même du besoin de coordination entre ces différents intervenants. Ce sont souvent les plus diplômés et/ou ceux ayant le plus d'ancienneté dans le métier qui sont amenés à intervenir auprès des personnes les plus dépendantes, et donc dans les situations où le personnel sanitaire est présent. L'intervention parallèle d'un médecin ou de personnels paramédicaux est ainsi plus fréquente lorsque la personne aidée est bénéficiaire de l'APA[1], reconnue handicapée ou invalide.

GRAPHIQUE 1

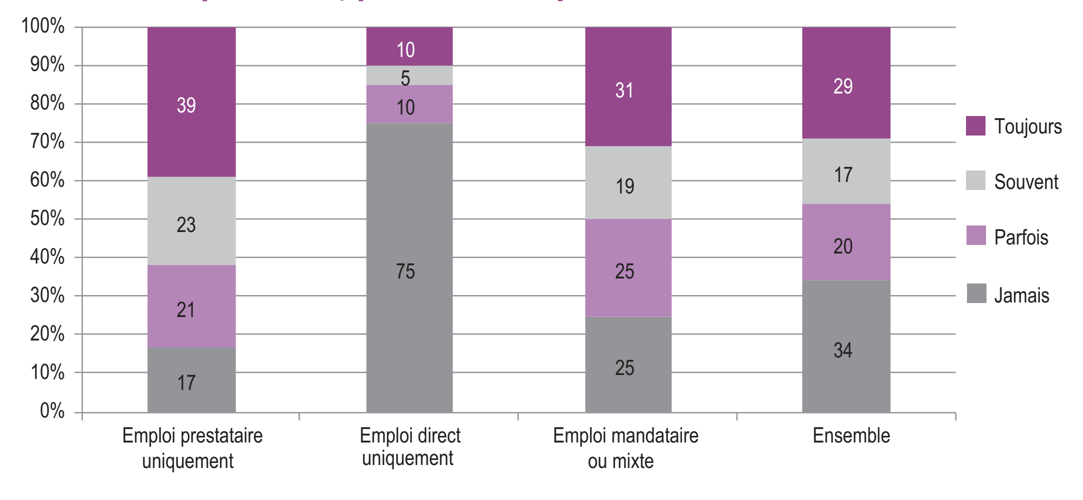
Parts des interventions pour lesquelles les aides à domicile déclarent que d'autres professionnels interviennent



Lecture • Dans 77 % des interventions étudiées, l'aide à domicile déclare qu'un médecin intervient également régulièrement au domicile de la personne.
Sources • Enquête IAD, DREES, 2008 - traitements CREDOC 2011.

GRAPHIQUE 2

Parts des aides à domicile ayant la possibilité d'échanger ou de coopérer avec d'autres personnes, par mode d'emploi



Lecture • 39 % des aides à domicile en mode prestataire ont toujours la possibilité d'échanger ou de coopérer avec d'autres personnes.
Sources • Enquête IAD, DREES, 2008 - traitements CREDOC 2011.

1. Il ne s'agit pas tout à fait de personnes bénéficiant de l'APA, mais de personnes pour lesquelles l'aide à domicile sait qu'elles touchent l'APA. Pour beaucoup d'interventions, l'aide à domicile ne sait pas si la personne aidée est bénéficiaire ou non de l'APA. Il en va de même pour les bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Ces résultats confirment les propos de Leboucher (2004) indiquant que les métiers du secteur entrent dans *« un concept beaucoup plus large d'accompagnement qui englobe l'ensemble des dimensions que sont l'évaluation des besoins, l'aide et les soins dans la vie quotidienne, les activités de la vie sociale et relationnelle et la coordination des actions avec l'ensemble des acteurs intervenant à domicile. »*

Des possibilités d'échanges ou de coopération pour les salariés liés à une structure

Près de la moitié des aides à domicile déclarent avoir, en général, souvent voire toujours, pour effectuer leur travail, la possibilité d'échanger de l'information ou de coopérer avec d'autres personnes. *A contrario*, un tiers indique ne jamais avoir cette possibilité (graphique 2). Ce contraste renvoie principalement au mode d'emploi du salarié : les intervenants en emploi direct ont nettement moins souvent cette possibilité que ceux en mode prestataire, en mode mandataire ou mixte. 75 % d'entre eux déclarent ne jamais pouvoir échanger avec d'autres personnes contre seulement 17 % des salariés en mode prestataire et 25 % des salariés en mode mandataire ou mixte. La présence de collègues ou de supérieurs augmente donc les possibilités d'échanges pour les aides à domicile liés à une structure.

Par ailleurs, 73 % des salariés en mode prestataire et 56 % de ceux en mode mandataire ou mixte déclarent avoir l'occasion d'aborder collectivement avec d'autres personnes du service des questions relatives à l'organisation de leur travail ou à des difficultés liées aux relations avec la personne aidée ou sa famille. Ces possibilités d'échanges collectifs ne concernent pas de fait les intervenants en emploi direct.

Ainsi, même s'il est seul à domicile, le professionnel en mode prestataire et à moindre degré, celui en mode mandataire ou mixte, peut parler de ce qu'il s'y passe, échanger avec des homologues sur leurs pratiques, confronter des regards et des expériences. On peut en déduire qu'il aura une autre perception du rôle et du travail de l'aide à domicile. Il est moins seul face à sa propre expérience que le salarié en emploi direct. L'expérience et l'échange d'expériences participent à l'élaboration d'un référentiel de compétences aidant les intervenants à se construire une identité professionnelle (Sabau *et al.*, 2010).

La moitié des aides à domicile ont des échanges avec d'autres intervenants, de temps en temps essentiellement

L'intervention d'autres professionnels auprès des personnes aidées (professionnel médical, paramédical ou autre aide à domicile principalement) n'implique pas forcément que les aides à domicile aient des contacts avec eux. Pour 36 % des interventions décrites, l'aide à domicile n'a jamais, ou rarement, de contacts avec ces autres professionnels. Si on ajoute les 12 % d'interventions pour lesquelles il n'y a pas d'autres intervenants identifiés, on constate que dans la moitié des interventions, l'aide à domicile n'a au mieux que rarement des contacts avec d'autres professionnels.

En moyenne, pour 19 % de l'ensemble des interventions décrites, les aides à domicile ont répondu avoir souvent des contacts avec d'autres professionnels. Les contacts sont cependant plus fréquents lorsque la personne aidée est handicapée, notamment lorsqu'elle est bénéficiaire de la PCH (ils ont lieu souvent pour 37 % des interventions auprès de ces personnes) [graphique 3], qu'elle souffre d'un handicap mental (30 %) ou encore lorsque l'intervenant à domicile déclare avoir été associé à l'élaboration du plan d'aide ou de compensation (41 %). Ces chiffres reflètent des situations de coordination plus forte à domicile en lien avec la complexité du cas.

Les plus diplômés déclarent également plus souvent avoir des échanges avec les autres professionnels. Ainsi dans quasiment trois interventions sur dix, les intervenants à domicile ayant le baccalauréat disent avoir souvent des contacts avec les autres professionnels. Cette proportion n'est que de 13 % pour ceux ayant un niveau primaire. La spécialisation sanitaire ou sociale, et notamment la détention du DEAVS

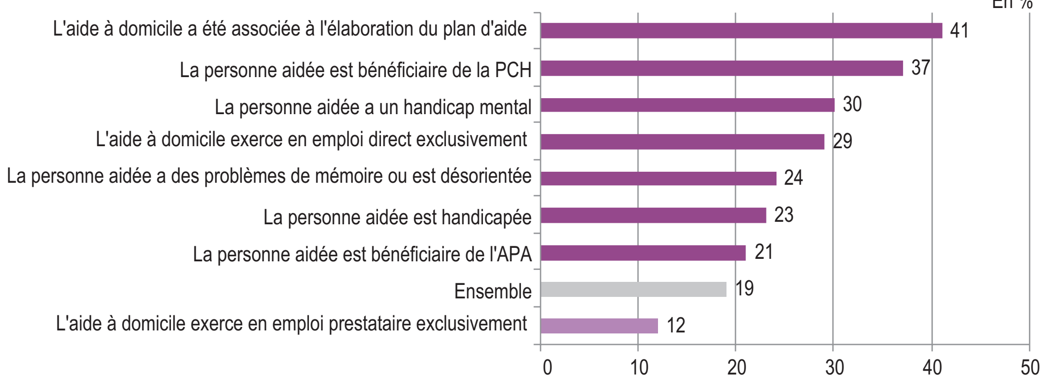
ou du CAFAD, ne semble, en revanche, pas augmenter la fréquence des échanges entre les aides à domicile et les autres professionnels.
Enfin, on notera que les salariés en emploi direct ont plus souvent des contacts avec les autres professionnels qui interviennent au domicile de la personne fragile que ceux en mode prestataire (29 % contre 12 %). L'absence de collègues *via* une structure prestataire les amène peut-être à développer ce type d'échanges. Par ailleurs, les aides à domicile employées directement par des particuliers interviennent plus longtemps auprès des personnes qu'elles aident (10,7 heures par semaine, contre 4,4 heures pour les salariées d'organismes prestataires exclusivement), impliquant des possibilités de rencontre avec d'autres professionnels plus fréquentes.

Des contacts principalement au profit de la personne aidée

Les échanges entre professionnels autour d'une personne aidée n'ont le plus souvent aucun cadre formel, que ce soit pour les salariés en mode prestataire (81 %), en mode mandataire ou mixte (84 %) ou en emploi direct (94 %). De ce fait, ces échanges paraissent fragiles car, on peut le supposer, dépendant des personnalités de chaque professionnel et de la situation de la personne aidée.
Cependant, les salariés en emploi direct, qui ne peuvent pas bénéficier de l'organisation de réunions par un organisme prestataire ou mandataire, ressentent moins l'intérêt de tels échanges que les autres aides à domicile. Si, en moyenne, 75 % des aides à domicile estiment qu'il est important voire très important d'avoir des échanges avec d'autres intervenants pour effectuer correctement son travail ; ce pourcentage est de 88 % parmi les salariés d'organismes prestataires et de 84 % parmi ceux travaillant en mode mandataire ou mixte contre « seulement » de 51 % parmi les aides à domicile en emploi direct. Les échanges entre professionnels autour de la personne aidée sont perçus par les aides à domicile avant tout comme un moyen pour mieux aider la personne (90 %). Plus rarement est évoqué le fait qu'ils leur apportent un soutien psychologique (26 %) ou simplement leur permettent de parler de leur métier d'intervenant (22 %).
Ces réponses pointent la volonté des aides à domicile – au travers de ces échanges – d'individualiser chaque intervention en prenant en compte toute la particularité de la personne aidée plutôt que le besoin d'y évoquer leurs éventuelles difficultés alors que, si la plupart des aides à domicile de services prestataires ou mandataires ont la possibilité par ailleurs de parler de leurs difficultés au cours de réunions de travail, il n'en est rien pour les salariés en emploi direct exclusif. La personne fragile est ainsi placée au cœur de l'intervention : *« Le travail d'aide est un travail patient, jamais identique d'une personne à l'autre et jamais identique d'un jour à l'autre pour une même personne. Derrière une routine apparente (les interventions ont lieu certains jours, à certaines heures, pour*

GRAPHIQUE 3

Parts des interventions où l'aide à domicile a souvent des contacts avec les autres professionnels



Lecture • Dans 37 % des interventions où la personne aidée bénéficie de la PCH, l'aide à domicile a souvent des contacts avec les autres professionnels.
Sources • Enquête IAD, DREES, 2008 - traitements CREDOC 2011.

réaliser certaines activités), la question de l'adéquation du « programme » à l'objectif du travail, centré sur la personne, est toujours présente. […] *l'attention est en priorité portée à la singularité de la personne.* » (Doniol-Shaw, 2009). Cette individualisation est aussi un moyen de valoriser un travail qui peut par certains côtés être considéré comme un « sale boulot » : *« Le travail réalisé par les aides à domicile, dans ces situations si particulières, relève véritablement de la prouesse.* » (*ibid.*).

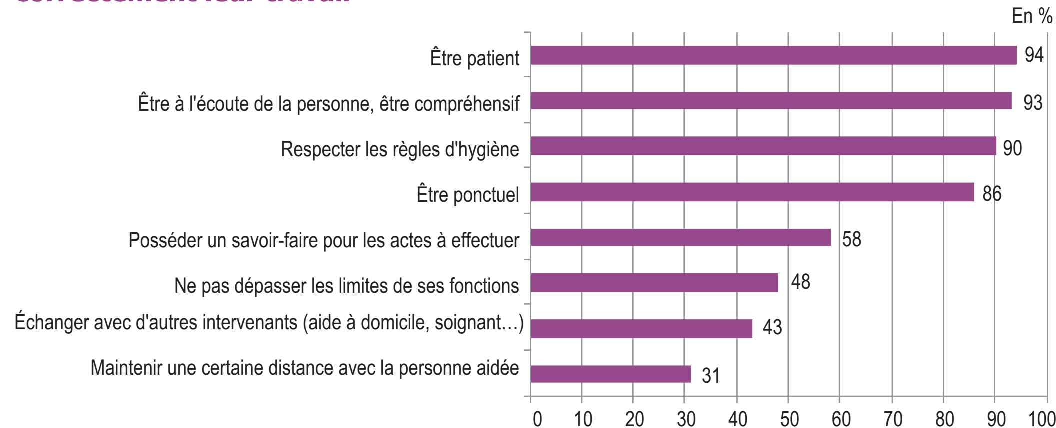
Échanger ne semble d'ailleurs pas une condition *sine qua non* aux yeux des aides à domicile pour effectuer correctement leur travail, d'autres critères sont davantage valorisés. Si on observe le pourcentage d'intervenants ayant répondu « très important », la patience arrive en tête (94 % des intervenants le retiennent), puis l'écoute, le respect des règles d'hygiène et la ponctualité alors que seuls 43 % ont répondu que l'échange avec d'autres intervenants était très important pour effectuer correctement leur travail (graphique 4). En reprenant les propos des chercheurs cités précédemment (Sabau Vallery et Leduc, 2010) : *« Les compétences sociales sont qualifiées dans des registres de savoir-être tels que savoir instaurer un climat de confiance, faire preuve de discrétion, de gentillesse, de politesse et d'amabilité.* » On est principalement dans un travail de relation entre un aidant et un aidé. Les autres professionnels et la hiérarchie sont considérés comme des acteurs secondaires de cette relation qui certes peuvent permettre de l'améliorer mais ne sont pas une condition essentielle pour la qualité de la prise en charge.

D'ailleurs, parmi les principaux aspects positifs de leur métier, les aides à domicile valorisent avant tout la relation avec l'aidé et l'utilité de leur travail. Plus de neuf intervenants à domicile sur dix déclarent que les relations avec les personnes aidées ont toujours ou souvent une dimension « conviviale ». 78 % déclarent que ce métier permet de rencontrer beaucoup de gens et 68 % que c'est un métier utile. Les autres aspects positifs (apport personnel, liberté d'organisation…), peut-être parce que les aides à domicile exercent une profession souffrant souvent d'un manque de reconnaissance, sont nettement moins cités (moins de 20 %).

Ces réponses corroborent les entretiens réalisés par Sabau *et. al.* (2010) qui montrent que *« Les aides à domicile mettent en avant la dimension relationnelle de leur activité pour se différencier de la simple exécutante de travaux domestiques. Ils délimitent ainsi leur champ de compétences en définissant leur activité comme une aide, un accompagnement, un soutien et utilisent les compétences sociales, notamment celles fondées sur l'écoute, le dialogue, la communication, la compréhension, le réconfort et le soutien, pour se différencier d'une image de « femme de ménage ». Le savoir-faire développé pour entretenir une relation de qualité avec l'aidé, le soutenir dans sa perte d'autonomie ou son handicap est au cœur du métier de l'aide à domicile. C'est l'élément essentiel qui le distingue de la personne qui n'est là que pour le ménage et l'entretien de la maison. »*


GRAPHIQUE 4

Critères considérés comme très importants par les aides à domicile pour effectuer correctement leur travail



Lecture • 94 % des aides à domicile considèrent qu'il est très important d'être patient pour effectuer correctement son travail.
Sources • Enquête IAD, DREES, 2008 - traitements CREDOC 2011.

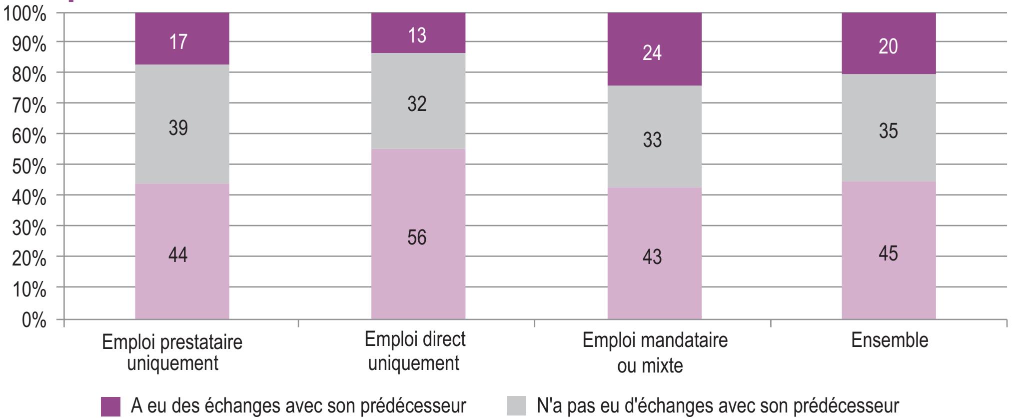
Les salariés en emploi direct valorisent encore plus la relation aidant-aidé. 71 % d'entre eux déclarent que leurs relations ont toujours une dimension « conviviale » contre 54 % des salariés en mode prestataire et 59 % de ceux en mode mandataire ou mixte. Ces chiffres reflètent aussi probablement le discours des organismes prestataires qui encouragent leurs salariés à maintenir une certaine distance avec la personne aidée pour ne pas mêler trop l'affectif à la relation de travail. Ce risque renvoie à la complexité et à la richesse de l'intervention à domicile qui combine l'intime, le public et le privé comme le décrivent Florence Leduc et Jean-Baptiste Delcourt (2007) : *« La technicité des soins constitue un rempart par rapport à l'intrusion, par rapport à l'intime. »* Le métier d'aide à domicile se construit donc autour d'une certaine alchimie mêlant intimité et professionnalisme.

Un manque de connaissance du dispositif global d'aide ou de compensation de la personne aidée

Dans plus de la moitié des interventions, le professionnel interrogé a pris le relais d'une autre aide à domicile auprès de la personne aidée. Mais parmi les salariés dans ce cas, un sur trois seulement a eu un échange avec son prédécesseur (graphique 5). Les salariés en emploi direct sont plus nombreux que les autres à n'avoir eu aucun prédécesseur (56 % contre 43 %). Ceux en mode mandataire ou mixte ayant eu un prédécesseur ont eu plus souvent des échanges avec celui-ci que les salariés en mode prestataire (42 % contre 30 %). Ce manque de dialogue en amont est cependant à nuancer. En effet, pour les deux-tiers des interventions, les aides à domicile déclarent avoir été informés de la situation de la personne (état de santé, problèmes particuliers) avant leur première intervention auprès d'elle. Il est probable que le relais d'information se fasse parfois *via* la structure et non entre professionnels.
Ainsi, dans seulement 15 % des interventions, les aides à domicile déclarent ne pas savoir si la personne est bénéficiaire de l'APA (60 % indiquant qu'elle en bénéficie et 25 % qu'elle n'en bénéficie pas) et dans 25 % si elle bénéficie de la PCH (2 % indiquant qu'elle en bénéficie et 73 % qu'elle n'en bénéficie pas). Par contre uniquement un tiers des intervenants qui indiquent que la personne aidée est bénéficiaire de l'APA, connaît son plan d'aide et moins d'un quart de ceux qui indiquent que la personne est bénéficiaire de la PCH connaît son plan de compensation. Ces derniers chiffres soulignent le manque d'intégration des intervenants à domicile dans le processus global de prise en charge de la personne fragile à domicile. Cette méconnaissance est plus forte au sein des salariés


GRAPHIQUE 5

Échanges avec le prédécesseur au cours d'une intervention type, selon le mode d'emploi



Lecture • Pour 17 % des interventions en mode prestataire, l'aide à domicile a eu des échanges avec son prédécesseur.
Sources • Enquête IAD, DREES, 2008 - traitements CREDOC 2011.

en mode prestataire : pour 70 % des interventions décrites, ces salariés ne connaissent pas le plan d'aide ou de compensation de la personne aidée lorsqu'elle en a un contre 64 % dans le cas des interventions en emploi direct et 63 % pour celles d'intervenants en mode mandataire ou mixte. De plus, seuls 29 % des salariés en mode prestataire, mandataire ou mixte ont été impliqués dans l'élaboration du plan d'aide de la personne concernée par l'intervention considérée (lorsque celui-ci est connu de l'aide à domicile) contre 63 % des salariés en emploi direct. La faible implication des salariés en mode prestataire dans l'élaboration du plan d'aides peut s'expliquer en partie par le fait que le plan a été réalisé avant même qu'ils commencent à intervenir chez la personne, les salariés en mode prestataire, mandataire ou mixte ayant d'ailleurs plus souvent un prédécesseur que les salariés en emploi direct.

Environ une fois sur deux, l'intervenant est seul lors du premier rendez-vous

Dans la moitié des interventions décrites, l'aide à domicile déclare ne pas avoir reçu de définition précise de ce qu'il doit faire chez la personne concernée et dans un peu plus de la moitié des interventions avoir été seul lors du premier rendez-vous au domicile de la personne fragile (graphique 6). La famille était présente dans 30 % des cas. Un responsable ou un collègue est plus rarement présent (17 % des cas).

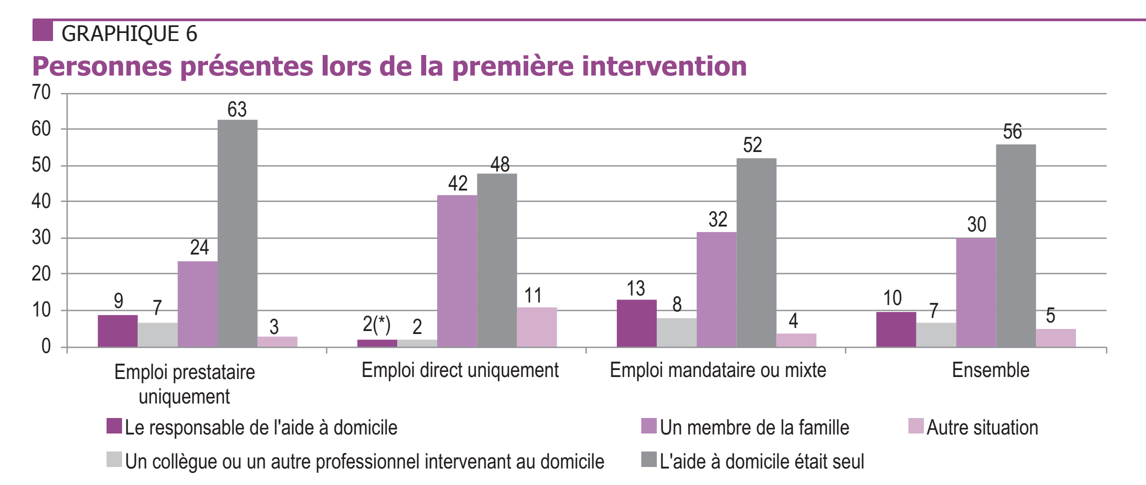
Cette configuration varie selon le mode d'emploi puisque le salarié en emploi direct n'a pas de responsable hiérarchique, mais aussi parce que l'employeur diffère. Dans le cadre de l'emploi direct, la personne fragile est employeur. Très souvent, dans ce cas, un membre de la famille l'aide dans les démarches administratives et ce d'autant plus lorsqu'elle est handicapée ou dépendante comme le témoignent les propos de Moreau (2011) : « *La famille entière se trouve impliquée : la personne elle-même qui doit accepter l'aide, le conjoint dont la santé, physique ou psychique, risque d'être affectée, les enfants qui assument la gestion des affaires financières des parents tout en coordonnant les professionnels – services d'aide à domicile, services infirmiers…* » Cela explique qu'un membre de la famille soit plus souvent présent lorsque le salarié est en emploi direct (42 % des cas). Il participe au recrutement et au choix de l'intervenant à domicile.

Dans le cadre de l'emploi prestataire, la situation est différente puisque la personne paie une prestation de service. Elle n'est plus employeur. On constate alors que la famille est moins présente. Le salarié en mode prestataire est plus souvent seul lors du premier rendez-vous (63 % contre 56 % pour la moyenne des interventions tous modes confondus), probablement parce qu'un premier rendez-vous a eu lieu en amont au sein de l'organisme prestataire pour régler tous les aspects administratifs.

Enfin, dans le cadre de l'emploi mandataire ou mixte, où la personne aidée est l'employeur mais où un organisme l'a accompagnée dans les démarches administratives de recrutement et

GRAPHIQUE 6

Personnes présentes lors de la première intervention



* Confusion possible des répondants. Le responsable est confondu avec la personne aidée, sa famille ou un autre intervenant.
Lecture • Pour 9% des interventions en mode prestataire, un responsable était présent lors de la première intervention.
Sources • Enquête IAD, DREES, 2008 - traitements CREDOC 2011.

d'emploi, la moitié des aides à domicile est seule lors de la première intervention. La famille est moins présente que dans le cadre d'un emploi direct mais plus que dans le cadre prestataire. D'autre part, un responsable ou un collègue était aussi souvent présent que dans le cadre prestataire.
Par ailleurs, trois intervenants sur dix, déclarent qu'en général, ils ne reçoivent que parfois ou jamais d'ordres, de consignes ou de modes d'emploi de la part de la personne aidée, de sa famille ou de leur hiérarchie, la première fois qu'ils interviennent chez une personne. L'implication, lors de la première intervention, de la personne aidée est cependant plus fréquente que celle de sa famille ou de la hiérarchie de l'intervenant. Plus de la moitié des aides à domicile recevant toujours ou souvent des ordres, consignes ou modes d'emploi de la part de la personne elle-même, 32 % indiquant n'en recevoir que parfois et 15 % jamais (tableau 1). Alors que l'on pourrait supposer que de par son rôle d'employeur, la structure prestataire ait toujours un rôle important dans la définition du travail lors de la première intervention, les ordres émanant du responsable sont un peu moins fréquents que ceux émanant de la personne aidée : 51 % des intervenants à domicile en mode prestataire reçoivent ainsi toujours ou souvent des ordres de leur hiérarchie et 55 % de la personne aidée. Enfin, la famille donne rarement des ordres ou consignes : seuls 20 % des intervenants en reçoivent souvent ou toujours lors de la première intervention.

Des marges de manœuvre non négligeables dans le travail

Dans sept cas sur dix, l'intervenant planifie ses tâches au sein d'une intervention seul ou en concertation avec la personne aidée. Dans 37 % des interventions, c'est plutôt l'aide à domicile qui planifie les tâches à réaliser chez la personne aidée et dans 33 % des cas, c'est plutôt l'aide à domicile et la personne aidée, ensemble (graphique 7). Les membres de la famille interviennent rarement dans cette planification (4 %) et les organismes assez peu (9 % en moyenne, dont 12 % parmi les interventions réalisées en mode prestataire). Enfin, en moyenne, dans 17 % des cas, c'est plutôt la personne aidée seule qui planifie l'intervention. Les salariés en emploi direct planifient beaucoup plus souvent seuls leurs tâches (58 %) et moins souvent en concertation avec la

TABLEAU 1

En général, la première fois que vous intervenez chez une personne, recevez-vous des ordres, des consignes, des modes d'emploi de la part de…

(selon la modalité d'emploi) en %

	Emploi prestataire uniquement	Emploi direct uniquement	Emploi mandataire ou mixte	Ensemble
La personne aidée				
Toujours	25	35	25	27
Souvent	30	17	26	26
Parfois	35	22	35	32
Jamais	10	26	14	15
La famille de la personne aidée				
Toujours	4	11	5	6
Souvent	12	12	17	14
Parfois	51	16	40	38
Jamais	33	61	38	42
La hiérarchie				
Toujours	32	Question non posée	21	27
Souvent	19		15	17
Parfois	31		24	27
Jamais	18		40	29
Total	100	100	100	100

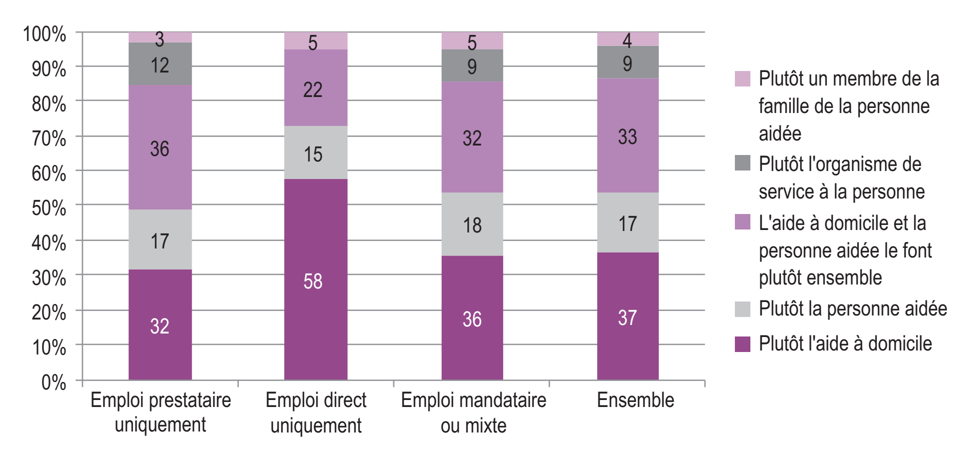
Lecture • 25 % des aides à domicile en emploi prestataire reçoivent toujours des ordres, des consignes, des modes d'emploi de la part de la personne aidée, lors de la première intervention.
Sources • Enquête IAD, DREES, 2008 - traitements CREDOC 2011.

personne aidée (22 %), à l'inverse des salariés en mode prestataire qui recherchent, quant à eux, plus souvent une planification avec la personne aidée des tâches à effectuer (36 %).
Ces chiffres reflètent une grande autonomie de l'intervenant dans son travail et montrent aussi que la moitié des personnes aidées ne participent pas à la planification des tâches dont elles bénéficient. On peut s'interroger sur le risque d'y voir le manque de prise en compte des paroles et souhaits d'une personne fragile c'est-à-dire à qui on ne reconnaît plus entièrement sa capacité de décision. Pour reprendre Ennuyer (2002) : *« La trop fréquente position professionnelle est de mettre en doute les choix des personnes âgées et leur capacité à donner des ordres du fait de l'altération de leurs fonctions. »* D'un autre côté, on peut comprendre que la personne aidée s'exprime davantage sur ses principales attentes en termes de résultats (faire le ménage, repassage) et qu'elle laisse au professionnel la possibilité de s'organiser en détail et de gérer son temps dans le créneau imparti.
Par ailleurs, le manque d'encadrement ou la solitude dans l'exercice du métier sont très peu cités comme aspects négatifs du métier : seuls 7 % des intervenants l'ont mentionné, loin derrière l'insuffisance de rémunération (33 %) ou le manque de valorisation de la profession (25 %). De plus, bien qu'elles soient plus isolées, les personnes en emploi direct sont encore moins nombreuses à citer le manque d'encadrement comme aspect négatif du métier (4 %) que celles en mode prestataire (10 %).

Parfois des demandes difficiles à satisfaire, des tensions avec la personne aidée

Malgré la relative autonomie des aides à domicile pour gérer et organiser les tâches et la co-construction de l'aide, des désaccords avec la personne fragile à propos du périmètre d'intervention et de ses limites peuvent se produire. Ainsi, 58 % des aides à domicile connaissent des situations de tension avec la personne aidée ou la famille, 13 % souvent voire toujours et 45 % parfois. Les tensions émergent le plus souvent avec la personne aidée : 51 % en vivent au moins parfois avec elle, 28 % avec son entourage. Enfin, un peu plus de 10 % des personnes interrogées déclarent connaître des situations de conflit ou de tensions avec les autres professionnels intervenant au domicile, leurs collègues ou encore leurs supérieurs.
Par ailleurs, 20 % des intervenants considèrent qu'il leur arrive souvent voire toujours d'assumer des responsabilités qui ne sont pas de leur ressort et 43 % déclarent que cela leur arrive parfois. Ils sont aussi 43 % à déclarer avoir déjà rencontré des difficultés suite à une demande pour réaliser des actes qui sortent du rôle de l'aide à domicile (soins, médicaments, tâches ménagères non courantes…), 36 % suite à une demande pour faire une tâche qu'ils ne voulaient pas faire (gros nettoyage, ramasser les défécations…) et 48 % suite à un

GRAPHIQUE 7
Personnes planifiant les tâches lors de l'intervention

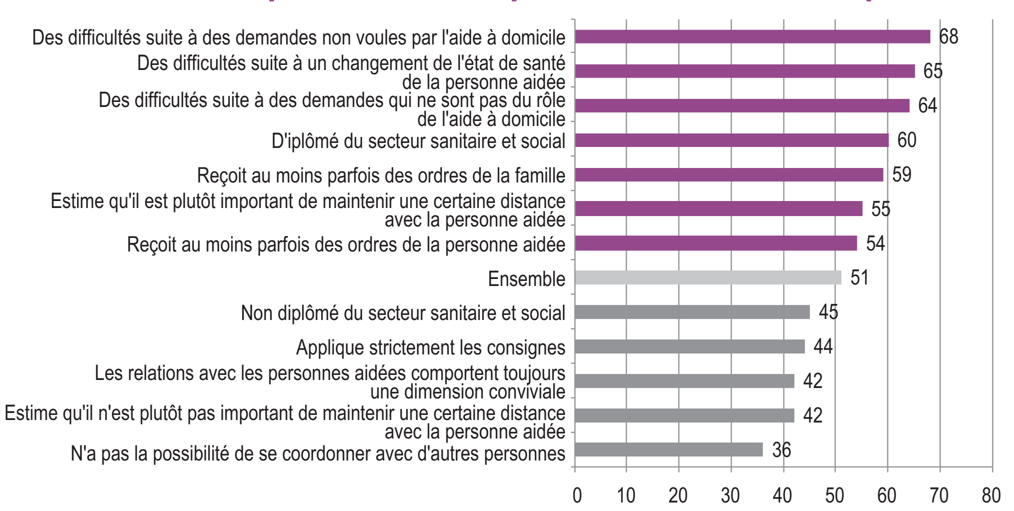


Lecture • Dans 32 % des interventions en mode prestataire, c'est plutôt l'aide à domicile qui planifie seul les tâches.
Sources • Enquête IAD, DREES, 2008 - traitements CREDOC 2011.

changement de l'état de santé de la personne. Les situations de tension avec la personne aidée sont d'autant plus fréquentes que le salarié a rencontré des difficultés liées à des demandes qu'il ne voulait pas effectuer (68 % des aides à domicile ayant connu ce type de difficulté ont aussi déclaré avoir, au moins parfois, vécu une tension avec une personne aidée), liées à un changement d'état de santé de la personne âgée (65 %) ou liées à des demandes qui sortent de son rôle (64 %) (graphique 8). De même, les intervenants ayant reçu au moins parfois des ordres de la famille déclarent plus souvent que les autres rencontrer des situations de tension avec la personne aidée. *A contrario*, les aides à domicile se laissant peu de marges de manœuvre et appliquant strictement les consignes, ainsi que celles valorisant la dimension « conviviale » de la relation et celles n'ayant pas de possibilité d'échange avec d'autres professionnels

GRAPHIQUE 8

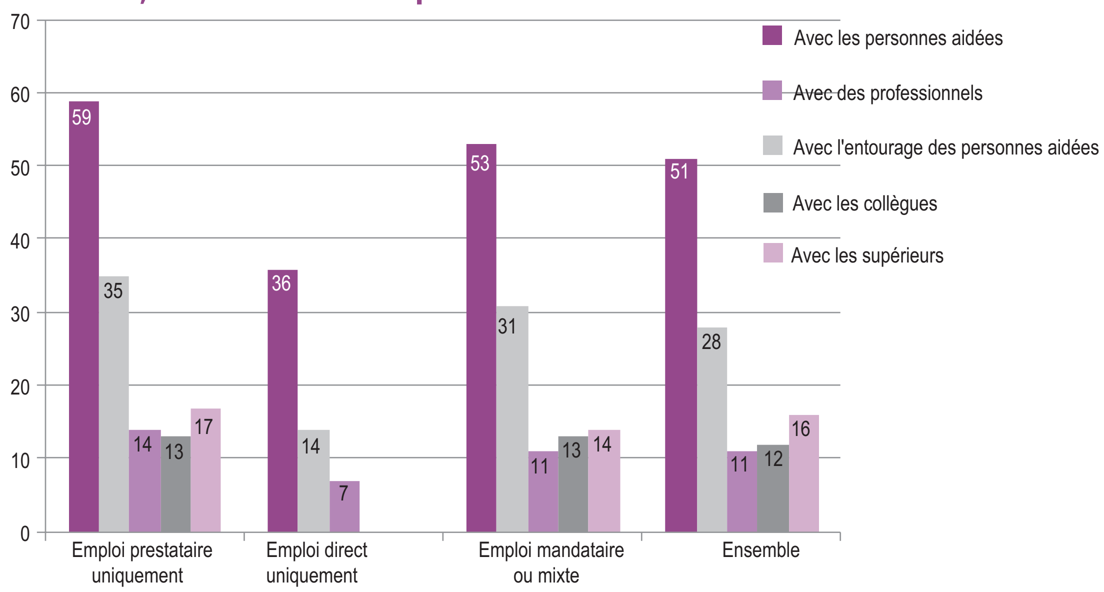
Parts des aides à domicile déclarant connaître au moins parfois, des situations de tension avec les personnes aidées parmi les aides à domicile présentant



Lecture • 68 % des aides à domicile ayant déjà connu des difficultés suite à des demandes qu'ils ne voulaient pas faire, connaissent au moins parfois des situations de tension avec la personne aidée.
Sources • Enquête IAD, DREES, 2008 - traitements CREDOC 2011.

GRAPHIQUE 9

Parts des aides à domicile déclarant connaître au moins parfois des situations de tension, selon le mode d'emploi



Lecture • 59 % des aides à domicile en mode prestataire déclarent connaître au moins parfois des situations de tension avec les personnes aidées.
Sources • Enquête IAD, DREES, 2008 - traitements CREDOC 2011.

connaissent moins souvent des situations de tension. Enfin, seuls 45 % des intervenants ayant un niveau d'études primaire déclarent rencontrer des situations de tension avec la personne aidée alors qu'ils sont 57 % parmi ceux ayant un niveau post-baccalauréat. De plus, 60 % des titulaires d'un diplôme du secteur sanitaire ou social rencontrent des situations de tension contre 45 % des autres.
Le lien entre l'occurrence des situations de tension et la définition du périmètre d'intervention est ici clairement mis en évidence. Ce constat se retrouve lorsqu'on analyse les tensions selon le mode d'emploi.

Moins de tensions déclarées par les salariés en emploi direct

Les salariés en emploi direct ressentent moins souvent des situations de tension que les salariés dépendant d'un organisme : 36 % des premiers déclarent en vivre au moins parfois avec la personne aidée, pour plus de la moitié des seconds et 14 % avec son entourage, pour plus de 30 % des seconds (graphique 9). Ils indiquent également moins souvent des difficultés liées à une demande d'acte sortant du rôle de l'aide à domicile (25 %), pour faire une tâche qu'ils ne voulaient pas faire (19 %) et suite à un changement de l'état de santé de la personne (32 %).
Ces écarts reflètent l'impact de l'organisme prestataire qui participe à la définition d'un cadre à l'intervention, des tâches qui peuvent être faites et de celles qui sortent de la prestation de service. Par là même, le salarié en mode prestataire intervient dans un cadre plus normé que le salarié en emploi direct. Les attentes de la personne aidée et de son entourage peuvent alors se trouver en conflit avec le cadre de l'organisme prestataire même si celui-ci a été clairement exposé en amont.
A contrario, dans le cas de l'emploi direct, le salarié, qui a peu, voire même aucun contact avec des organismes et est le plus souvent non diplômé[2], n'a que sa propre expérience pour déterminer son périmètre de travail. Seule la relation aidé-aidant définit son périmètre d'intervention. Se joue alors un jeu de persuasion où la dimension « conviviale » mise en avant par les intervenants à domicile tendra à éviter la confrontation.

Face aux tensions, solliciter un tiers ou accepter

Un quart des intervenants indiquent qu'il y a souvent voire toujours des moments où ils sont obligés de se débrouiller seuls dans des situations difficiles. 48 % estiment que cela leur arrive parfois et 27 % jamais. Les intervenants indiquant plus fréquemment être dans cette situation sont ceux qui ont le plus d'ancienneté dans la profession, les diplômés du secteur sanitaire et social et ceux travaillant à temps plein. Ces salariés sont par ailleurs plus souvent amenés à s'occuper de cas lourds, ils sont donc plus susceptibles d'être confrontés à des tensions et par là même plus habitués à y faire face. Plus aguerri, l'aide à domicile se sent plus à même de répondre seul à ses propres interrogations. Par ailleurs, les aides à domicile en emploi direct déclarent moins fréquemment que les autres vivre parfois de tels moments (35 %) mais presque aussi fréquemment en vivre souvent voire toujours (23 %).
Pour les salariés dépendant d'un organisme, le principal recours en cas de conflit est d'en parler à un autre professionnel, leur responsable le plus souvent (tableau 2). 87 % des salariés en mode prestataire confrontés à au moins une difficulté parmi les trois évoquées (demande qui sortait de leur rôle, demande qu'ils ne souhaitaient pas faire ou changement de l'état de santé d'une personne aidée qui a entraîné un besoin d'aide nouveau) sont dans ce cas, de même que 73 % des salariées en mode mandataire ou mixte. Pour les salariés en emploi direct qui n'ont pas d'autre hiérarchie que la personne aidée, l'isolement est plus problématique même si, comme les autres salariés, près de 60 % ont parlé de leur difficulté avec la personne aidée ou une personne de son entourage. Ainsi, seules 26 % des personnes en emploi direct ont échangé avec un autre professionnel suite à une difficulté et, *in fine*, 42 % tendent alors à accepter de faire la tâche demandée malgré leurs réticences contre 20 % des salariés en mode prestataire et 30 % de ceux en mode mandataire ou mixte.
Pour reprendre les propos d'un collectif de chercheurs (Mauriat, 2010) : *« Ne pas rester seul, ne pas travailler seul, d'une part pour favoriser la prise de contact et évaluer les besoins : travailler en pluridisplinarité permet*

2. 85 % des aides à domicile en emploi direct n'ont aucun diplôme du secteur sanitaire ou social (Marquier, 2010).

de partager les informations afin d'avoir une vision plus globale de la personne et de sa situation, de mieux prendre en compte la signification d'un refus. » L'échange permet donc de comprendre la difficulté, la tension et de mieux y répondre. Sans cet échange, l'intervenant à domicile a tendance à accepter la demande ce qui rend encore plus flou et complexe son champ d'intervention puisqu'il va au-delà de ce qu'il croyait devoir faire.

Une gestion des absences et des congés pas toujours aisée pour les emplois directs

L'isolement de l'aide à domicile dans son travail interroge enfin sur les possibilités d'être remplacé en cas d'arrêt maladie ou de congés, particulièrement en ce qui concerne les salariés en emploi direct.

En cas d'arrêt maladie ou d'arrêt de travail, les deux tiers des intervenants sont remplacés, le plus souvent par un intervenant de l'organisme pour les salariés du prestataire ou mandataire. Mais près du quart n'a jamais été arrêté (tableau 3). La situation est différente en fonction du mode d'emploi de l'intervenant. Près de la moitié (46 %) des salariés en emploi direct n'a jamais été arrêtée, contre seulement 13 % des salariés en mode prestataire et 20 % de ceux en mode mandataire ou mixte. De plus, 28 % des aides à domicile en emploi direct déclarent que personne ne les remplace lorsqu'ils sont arrêtés. Un autre intervenant de leur connaissance les remplace dans 18 % des cas et la famille est sollicitée dans 14 % des cas. La continuité de l'aide professionnelle est nettement mieux assurée pour les salariés en

TABLEAU 2

Accepter la demande « hors normes » ou faire intervenir un tiers ?

en %

Pour résoudre au moins une difficulté parmi les trois évoquées (demande qui sortait du rôle d'aide à domicile, demande qu'ils ne souhaitaient par faire ou changement de l'état de santé d'une personne aidée qui a entraîné un besoin d'aide nouveau)	Emploi prestataire uniquement	Emploi direct uniquement	Emploi mandataire ou mixte
En a parlé à un autre professionnel	**87**	**26**	**73**
En a parlé à un responsable	85	5	63
En a parlé à un collègue	17	4	16
En a parlé à un autre intervenant au domicile de la personne aidée	23	20	22
En a parlé à la personne aidée ou à un proche	**59**	**59**	**59**
En a parlé avec la personne aidée elle-même	42	30	32
En a parlé avec l'entourage de la personne aidée	36	42	44
N'a pas modifié ses interventions, n'a rien changé	5	11	6
A effectué les tâches supplémentaires demandées	20	42	30
A procédé autrement (modalité non citée lors de l'enquête)	1	4	1
Pour résoudre une situation de tension avec la personne aidée, son entourage, d'autres professionnels intervenant à domicile, des collègues ou un responsable	**Emploi prestataire uniquement**	**Emploi direct uniquement**	**Emploi mandataire ou mixte**
En a parlé à un autre professionnel	**88**	**22**	**73**
En a parlé à un responsable	85	7	66
En a parlé à un collègue	18	6	16
En a parlé à un autre intervenant au domicile de la personne aidée	16	14	13
En a parlé à la personne aidée ou à un proche	**37**	**61**	**47**
En a parlé avec la personne aidée elle-même	30	37	32
En a parlé avec l'entourage de la personne aidée	16	38	26
N'en a pas parlé du tout	4	15	5
A changé de sujet, détourné l'attention	5	11	6
En a parlé à une autre personne	3	13	5
A procédé autrement (modalité non citée lors de l'enquête)	3	8	5

Lecture • 85 % des aides à domicile en emploi prestataire qui ont connu une des trois difficultés évoquées en ont parlé à un responsable.
Champ • Aides à domicile ayant rencontré des difficultés (ou des situations de tension).
Sources • Enquête IAD, DREES, 2008 - traitements CREDOC 2011.

mode prestataire : dans 86 % des cas un autre intervenant de la structure les remplace.
Pour les congés, la situation délicate des salariés en emploi direct se confirme. Seuls 28 % d'entre eux déclarent être toujours remplacés lors d'absences prévues, contre 87 % des salariés en mode prestataire (graphique 10). Il y a donc nettement plus souvent une rupture dans l'aide à domicile. On peut toutefois supposer que pour les salariés en emploi direct, ayant moins souvent en charge des personnes très fragiles, l'absence de continuité est moins problématique.

TABLEAU 3

Remplacements en cas de maladie ou d'arrêt de travail, selon le mode d'emploi

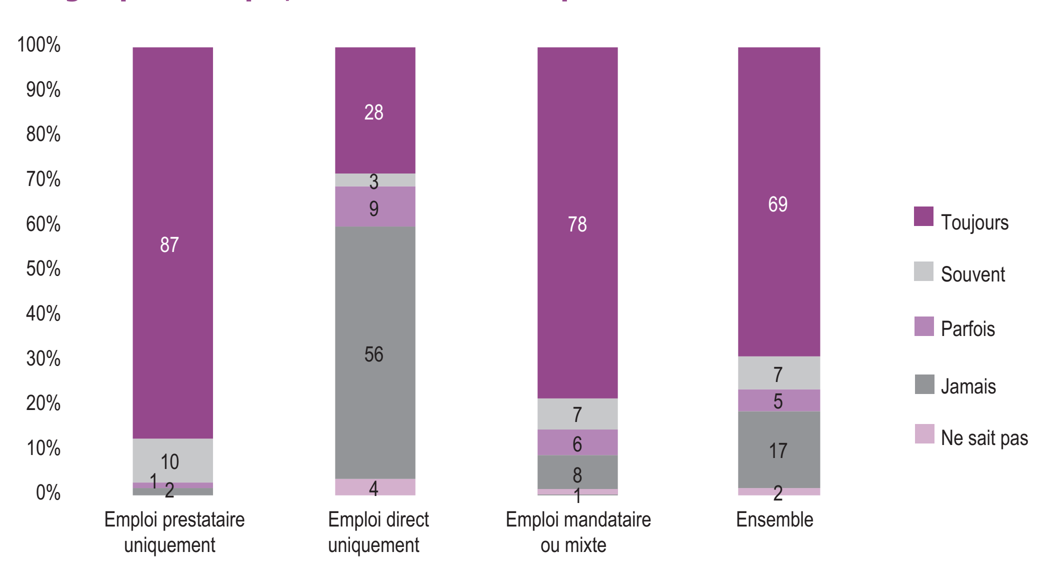
en %

	Emploi prestataire uniquement	Emploi direct uniquement	Emploi mandataire ou mixte	Ensemble
Un autre intervenant de la société ou organisme de service à la personne	86	-	75	62
Un membre de la famille ou un ami de la personne aidée	0	14	2	4
Un autre intervenant de la connaissance de l'aide à domicile	1	18	3	5
Personne (ça n'est pas prévu)	1	28	6	9
L'aide à domicile n'a jamais été arrêté	13	46	20	23

Lecture • 86 % des aides à domicile en emploi prestataire sont, en général, remplacés par un autre intervenant de leur société ou organisme de service à la personne lorsqu'ils sont malades ou en arrêt de travail.
Sources • Enquête IAD, DREES, 2008 - traitements CREDOC 2011.

GRAPHIQUE 10

Parts des aides à domicile remplacés lorsqu'ils prévoient une absence, lors de leurs congés par exemple, selon le mode d'emploi



Lecture • 87 % des aides à domicile en mode prestataire sont toujours remplacés lorsqu'ils prévoient une absence.
Champ • Aides à domicile ayant plus d'un an d'ancienneté.
Sources • Enquête IAD, DREES, 2008 - traitements CREDOC 2011.

Bibliographie

- Moreau B., 2011, «Quelle solidarité pour l'aide à l'autonomie?», t. 414, cairn-info.
- Loones A., Aldeghi I., 2010, «Les emplois dans les services à domicile aux personnes âgées, Approche d'un secteur statistiquement indéfinissable», *Cahier de recherche*, n° 277.
- Vallery G. et Leduc S., 2010, «Une analyse des emplois de services à destination des personnes âgées: compétences sociales et identité professionnelle des aides à domicile», *Gérontologie et société*, n° 135, p. 213-237.
- Doniol-Shaw G., 2009, «L'engagement paradoxal des aides à domicile face aux situations repoussantes», *Travailler*, n° 22, p. 27-42.
- Mauriat C. De Stampa M., Simana F., Jouannet M., Garnier., Cassou B., 2009 «Pistes de réflexion à l'intention des professionnels du domicile faisant face au refus d'aide/de soins de la part des personnes âgées à domicile», *Gérontologie et société*, n° 131, p. 81-97.
- Leduc F. et Delcourt J.-B., 2007, «Aider, soigner, accompagner les personnes à domicile», *Gérontologie et société*, n° 122, p. 145-149.
- Bonnet M. et Minary J.-P., 2004, «L'aide professionnelle à domicile pour les personnes âgées: les conditions d'une relation d'intimité professionnelle», *Connexions* (n° 81), p. 91-109.
- Leboucher R., 2004, «Le décloisonnement des champs d'intervention des aides à domicile», *Gérontologie et société,* n° 110, p. 273-282.
- Ennuyer B., 2002, *Les malentendus de la dépendance*, Dunod.
- Couturier Y., Trouve H., Gagnon D., Etheridge F., Carrier S., Somme D., Réceptivité d'un modèle québécois d'intégration des services aux personnes âgées et en perte d'autonomie en France.
- Trouve H., Somme D., Implanter et évaluer une politique d'intégration des services aux personnes âgées: l'expérimentation, Prisma France.

Directeur de la publication: Franck von Lennep
Mise en page et secrétariat de rédaction: La Souris

ISSN: 1958-587X